

Krankenhaus-Report 2018

„Bedarf und Bedarfsgerechtigkeit“

Jürgen Klauber / Max Geraedts /
Jörg Friedrich / Jürgen Wasem (Hrsg.)

Schattauer (Stuttgart) 2018

Auszug Seite 3–21



1	Versorgungsbedarf im Gesundheitswesen – ein Konstrukt	3
	<i>Bernt-Peter Robra und Anke Spura</i>	
1.1	Einführung	4
1.2	Die Mikroebene der unmittelbaren Versorgung	5
1.3	Die Mesoebene der gemeinsamen Selbstverwaltung und der Wissenschaft	8
1.3.1	Gemeinsame Selbstverwaltung	8
1.3.2	Versorgungswissenschaft	10
1.4	Die Makroebene der Versorgungspolitik	15
1.5	Fazit	17

1 Versorgungsbedarf im Gesundheitswesen – ein Konstrukt

Bernt-Peter Robra und Anke Spura

Abstract

Der Beitrag geht der Konstruktion des Versorgungsbedarfs auf drei Ebenen nach: der Mikroebene der Arzt-Patient-Beziehung, der Mesoebene der Verbände und der Wissenschaft und der Makroebene der Versorgungspolitik. Auf jeder der drei Ebenen handeln unterschiedliche Akteure mit spezifischen Aufträgen, Normen, Zielen und Präferenzen. Sie informieren und beeinflussen einander, haben aber auch autonome Entscheidungsmöglichkeiten. Auf jeder Ebene, so die These, wird Bedarf unterschiedlich antizipiert, hergeleitet, versorgt (disponiert), bewertet und korrigiert. Die Bedarfskonstituierung der drei Ebenen stimmt im Ergebnis also nicht unbedingt überein. Bedarfsmanagement wird ein iterativer, offener Lern-, Entwicklungs- und Systemgestaltungsprozess, d. h. ein „diskursives“, auf höherer Ebene ein „politisches“ Geschehen.

Die Ausführungen sollen dazu beitragen, Versorgungsbedarf als relationales Konzept und dynamisches soziales Konstrukt zu verstehen. Statt zu versuchen, einen als „exogen“ verstandenen Bedarf punktgenau zu messen, daraus den benötigten Leistungsmix, sekundär auch die wirtschaftlichen Kapazitäten abzuleiten, geht es darum, evidenzbasierte, gesellschaftlichen Erwartungen standhaltende und nachhaltig finanzierbare Versorgungsziele zu begründen. Zudem geht es darum, Zweckmäßigkeit, Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit der vorgehaltenen Strukturen und erbrachten Leistungen an ihrem Beitrag zur Zielerreichung zu bewerten, ggf. korrigierend („planerisch“) einzugreifen und dabei Opportunitätskosten an anderer Stelle nicht unberücksichtigt zu lassen. Dafür bedarf es eines Perspektivwechsels in der „Bedarfsplanung“ und eines andauernden Diskurses einer über Stand und Entwicklung ihrer Versorgung wohlinformierten Öffentlichkeit.

The paper follows the construction of the need for care on three levels: the micro-level of the physician-patient relationship, the meso-level of the bodies of self-government and that of science, and the macro-level of care policy. On each of the three levels, different players deal with specific commissions, norms, goals and preferences. They inform and influence each other, but they are also able to make autonomous decisions. On each level, according to the hypothesis, demand is anticipated, derived, met (dispensed), evaluated and corrected in a different way. Therefore, the need constituted at the three levels does not necessarily match. Demand management is an iterative, open process of learning, development and system design, i. e. a “discursive” course of events and, on a higher level, a “political” one.

The following remarks propose to regard the need for care as a relational concept and a dynamic social construct. Instead of attempting to measure need that

is understood as “exogenous” and to derive the necessary mix of services and, secondarily, service capacities, the challenge is to derive evidence-based, financially sustainable health care targets that come up to the expectations of the public. Moreover, the appropriateness, effectiveness and efficiency of structures and services rendered should be assessed with regard to whether they contribute to the achievement of the objectives and corrected if necessary. And at the same time opportunity costs elsewhere should not be ignored. This requires a change of perspective in “health care planning” and an ongoing discourse of a well-informed public about the state and development of their health care.

1.1 Einführung

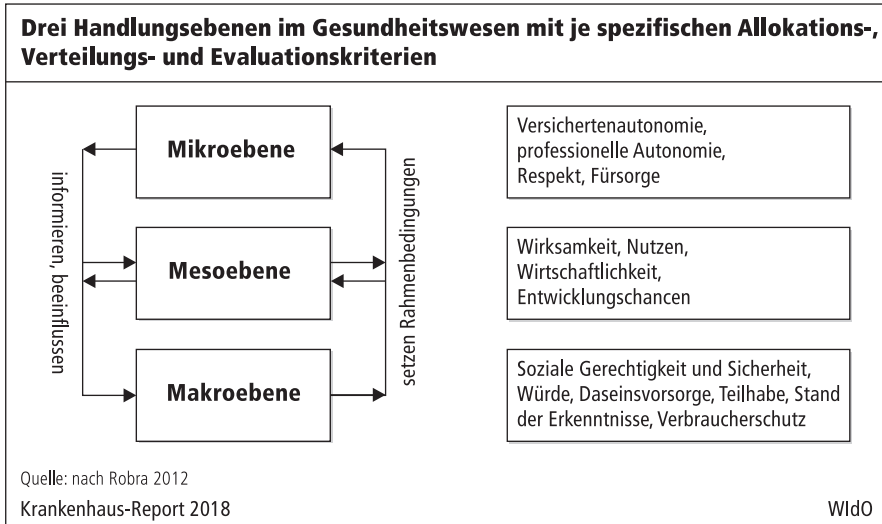
„Bedarfsgerecht“ ist eines der normativen Adjektive, mit denen der Gesetzgeber die in der gesetzlichen Krankenversicherung zu gewährleistende Versorgung umschreibt. Es erscheint in 19 Paragraphen des SGB V. Sie richten sich an die „gemeinsame Selbstverwaltung“, darunter den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) (§ 25 Absatz 5; § 101), die Zulassungsausschüsse (§ 73 Absatz 1a) oder die Landesausschüsse (§ 103 ff). Zentral ist der oft zitierte Paragraph 70 SGB V (Qualität, Humanität und Wirtschaftlichkeit): „Die Krankenkassen und die Leistungserbringer haben eine bedarfsgerechte und gleichmäßige, dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende Versorgung der Versicherten zu gewährleisten. Die Versorgung der Versicherten muß ausreichend und zweckmäßig sein, darf das Maß des Notwendigen nicht überschreiten und muß in der fachlich gebotenen Qualität sowie wirtschaftlich erbracht werden [...].“

Der Gesetzgeber bestimmt auf der Makroebene also zuerst die für die Gewährleistung der bedarfsgerechten Versorgung gemeinsam zuständigen Akteure der Mesoebene (Abbildung 1–1). Deren Auftrag umschreibt er dann mit einer Folge offener Rechtsbegriffe, „bedarfsgerecht“ ist der erste. Mit Ausnahme einiger Präventionsleistungen (§§ 20ff SGB V) definiert der Gesetzgeber keinen expliziten Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung und auch keine deterministischen Allokationsregeln („condition treatment pairs“). An einer Stelle gibt er weiter vor, wie der „allgemeine bedarfsgerechte Versorgungsgrad“ in der vertragsärztlichen Versorgung zu bestimmen ist, nämlich durch *Beschluss* des Gemeinsamen Bundesausschusses über einheitliche Verhältniszahlen (§ 101 Absatz 1 SGB V), ein Merkmal der Strukturqualität. Der G-BA hat diesen Auftrag in einer komplexen Bedarfsplanungs-Richtlinie umgesetzt (s. u.).

Eine weitere Verfahrensvorschrift findet sich versteckt in § 87a Abs. 3. Danach *vereinbaren* jede Kassenärztliche Vereinigung, die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich „den mit der Zahl und der Morbiditätsstruktur der Versicherten verbundenen Behandlungsbedarf“ als Punktzahlvolumen. Der so prospektiv vereinbarte Behandlungsbedarf gilt gleichzeitig als „notwendige medizinische Versorgung“ gemäß § 71 Abs. 1 Satz 1, d. h. er könnte auch eine Erhöhung des Beitragssatzes begründen.

Nach der rechtlichen Kompetenzzuordnung wird „bedarfsgerechte Versorgung“ in Deutschland also von den Körperschaften der gemeinsamen Selbstverwaltung im

Abbildung 1–1



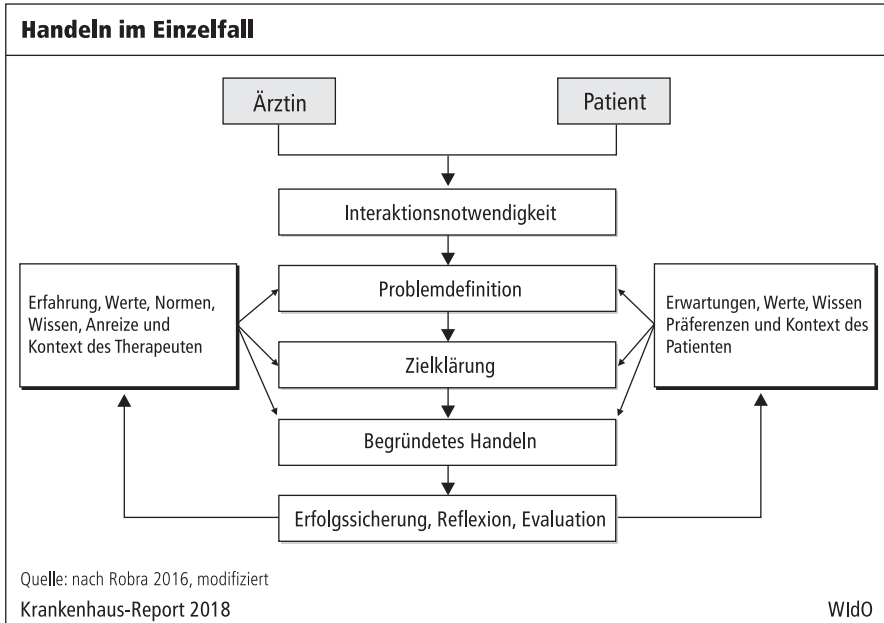
Gesundheitswesen festgelegt – de facto ausgehandelt – und damit konstruiert. Doch unterliegen Selbstverwaltungsentscheidungen aus den Erfahrungen individueller Patienten, z. B. bei Wartezeiten auf Termine, oder aus der Perspektive der empirischen und normativen Versorgungsforschung (Raspe 2015) der Kritik. Spätestens seit dem Gutachten des Sachverständigenrates 2000/2001 gehen wir auch in Deutschland davon aus, dass in vielen Versorgungsbereichen gleichzeitig Über- und Unterversorgung vorliegen können (SVR 2001, TZ 8).

1.2 Die Mikroebene der unmittelbaren Versorgung

Zwar entstehen viele Kontakte mit der medizinischen Versorgung im Rahmen periodischer Kontrolluntersuchungen und repetitiver Interventionen bei chronisch Kranken, doch wird Hilfebedarf auf der Mikroebene logisch zuerst vom Kranken selbst (und seinen Angehörigen) definiert und geltend gemacht. Der Hilfesuchende findet für sein „Präsentieranliegen“ eine mehr oder weniger responsive Ärztin. In vielen Fällen liegt auf der Hand, was zu tun ist. In anderen löst diese Nachfrage im Arbeitsbündnis der Arzt-Patienten-Dyade (Oevermann 1996, 2013) einen Kommunikationsprozess aus, in den biographische Erfahrungen, kulturelle und soziale Erwartungen, Präferenzen, Wissen, Ziele, Anreize und Opportunitätskosten beider Seiten eingehen (Abbildung 1–2). Diese Interaktion bestimmt, ob und was medizinisch versorgt wird, wie, wann und durch wen.

Die *Beziehung* von Ärztin und Patient wird auf der Mikroebene eine eigenständige Realität, ein „Drittes“ über Patient und Ärztin hinaus, weil die Beteiligten zu Beginn und im weiteren Verlauf komplexer Krankheits- und Versorgungsprozesse immer wieder Anliegen (Patient) und Indikation (Ärztin) interaktiv aushandeln

Abbildung 1–2



müssen. Damit wird auch Bedarf zwischen den Beteiligten durch angepasste Problemdefinitionen, Versorgungszieldefinitionen und Bewältigungsstrategien wiederholt neu bestimmt. Aus der Wechselwirkung der biographisch-krankheitsgeschichtlichen, alltagsweltlichen Realität des Patienten und der professionellen, berufsbio-graphisch vermittelten Realität der medizinischen Expertin entsteht eine relationale intersubjektive Realität (zum Indikationsbegriff siehe Gahl 2005, zu kommunikativ institutionalisierter Wirklichkeit Berger und Luckmann 2009, zur triadisch strukturierten Kommunikation bzw. zu Wechselwirkungen der Arzt-Patient-Beziehung Lindemann 2012; Spura 2014). Zusätzliche Anforderungen aus übergeordneten Ebenen des Gesundheitswesens, darunter auch paradoxe wie die Spannung zwischen Fürsorge und sozialer Kontrolle (Helsper et al. 2000), können dabei diskursiv nicht befriedet werden. Sie werden – idealtypisch – professionell reflektiert in das vertrauensbasierte und rechtlich geschützte, doch auch ökonomisch, organisatorisch, sozial und kulturell strukturierte Arbeitsbündnis zwischen Patient und Arzt integriert (Schütze 2000). Der medizinische Arbeitsbogen (Strauss et al. 1985; Seltrecht 2016) ist demnach ein nur begrenzt „wissenschaftlich steuerbares, noch bürokratisch lenkbares bzw. expertokratisch aus allgemeinen Regelsätzen ableitbares“ Geschehen (Helsper et al. 2000).

Es ist von Bedeutung, wie die Ärzte mit Unsicherheit und professionellen Paradoxien umgehen und auf welche Weise sie ihre Entscheidungen begründen, vermitteln und dokumentieren. Unabhängig davon ist wichtig, wie die Werte und Präferenzen des Patienten in diesem Prozess zur Geltung gebracht werden. Es gibt Gradienten und damit Grauzonen des (jetzt) Möglichen, Verfügbaren, Wirksamen, Akzeptablen, Zumutbaren, Präferierten oder zurechenbar Verantwortbaren. In dieser

grundsätzlich gewünschten Individualität der Versorgung liegt einer der Gründe für die auf der Mesoebene immer wieder festgestellte Heterogenität von Klassifikation, Dokumentation und Versorgungspfaden trotz anscheinend ähnlicher Ausgangslage der Morbidität (siehe auch Bloor 1976; Tomlin et al. 1999). Der Prozess der Zielklärung auf der Individualebene ist zu selten Gegenstand der überwiegend krankheitsbezogenen medizinischen Ausbildung.

Das Beiziehen objektivierender Labortests oder Bildgebungsverfahren ändert an der konstruktiven Aufgabe nichts. Denn die Auswahl der Zusatzinformationen bleibt disponibel und ihre Interpretation kann nicht nur, sondern muss kontextsensibel sein, z. B. die Vortest-Wahrscheinlichkeit einer Krankheit einbeziehen (Felder und Mayrhofer 2011). Weitere Randbedingungen auf der Mikroebene sind regulierende Einflüsse der beiden anderen Ebenen und die sich ständig entwickelnde Evidenzlage.

Mit ihren Dispositionen im Einzelfall entscheiden die Ärzte auch über den „Versicherungsfall“ der gesetzlichen Krankenversicherung. Dieser ist nicht gesetzlich normiert, vielmehr konkretisiert die Rechtsprechung den Krankheitsbegriff über die Bedingungen „ärztlicher Behandlungsbedarf“ oder „Arbeitsunfähigkeit“¹ (zur historischen Herleitung ausführlich Mazal 1992). Diese juristische Konstruktion kann Streit zwischen Versichertem und Versicherer durch Verweis auf einen kundigen Schiedsrichter vermeiden. Ärzte stehen damit aber in dem professionellen Konflikt, ihren Patienten anwaltlich zu unterstützen, gleichzeitig jedoch gutachterlich und in der praktischen Wirkung auch als erstinstanzlicher Richter über seine Versorgungsansprüche entscheiden zu müssen. Bei Entstehung dieser Konstruktion war noch nicht hinlänglich reflektiert, wie stark Urteile medizinischer Experten bei gleichen Fällen divergieren (klassisch Yerushalmy 1947, z. B. Starfield et al. 2002; aktuell Barth et al. 2017).

Im Gesetz heißt es auf Ebene der Versicherten: „Versicherte haben Anspruch auf Krankenbehandlung, wenn sie notwendig ist, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern“ (§ 27 Absatz 1 Satz 1 SGB V). Diese Definition bindet den Versorgungsanspruch und damit den von der GKV abzudeckenden Bedarf an wirksame Diagnose- und Behandlungsmöglichkeiten und damit an einen zu erwartenden Nutzen der medizinischen Maßnahmen (engl. „ability to benefit“, Stevens und Gabbay 1991; Stevens und Gillam 1998; Raspe 2007). Versorgungsbedarf ist danach ausschöpfbares medizinisches Interventionspotenzial.

So klar die zweckgerichtete Anspruchsdefinition des Gesetzes zunächst erscheint, enthält sie dennoch problematische Prämissen. Schon der Versuch, eine „Krankheit zu erkennen“, ist mit potenziellen Fehlern und damit gesundheitlichen Nachteilen behaftet (Deyo 2002; Felder und Mayrhofer 2011). Er ist daher nur im Rahmen einer

1 So das Bundessozialgericht in einem Urteil, das dem weiter unten zitierten Viagra-Urteil des Bundesverfassungsgerichts vorausging (BSG, 10.05.2005, B 1 KR 25/03 R): „Nach ständiger Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG) ist unter Krankheit ein regelwidriger, vom Leitbild des gesunden Menschen abweichender Körper- oder Geisteszustand zu verstehen, der ärztlicher Behandlung bedarf oder – zugleich oder ausschließlich – Arbeitsunfähigkeit zur Folge hat (vgl BSGE 85, 36, 38 = SozR 3-2500 § 27 Nr 11 S 38; BSGE 72, 96, 98 = SozR 3-2200 § 182 Nr 14 S 64 jeweils mwN).“

Güterabwägung möglich. Die Beurteilung der Notwendigkeit (auch der „Zweckmäßigkeit“, „Erforderlichkeit“ oder „Eignung“) einer Interventionsmaßnahme setzt im Einzelfall ein konkreteres Interventionsziel voraus als die in § 27 genannten Anspruchsbegründungen. Ohne Versorgungsziel sind das Interventionspotenzial und eine zweckmäßige Ziel-Mittel-Relation nicht zu bestimmen. Ein begründet erwarteter medizinischer „Nettonutzen“ für den Patienten ist nur die ethische Minimalvoraussetzung dafür, überhaupt zu handeln (Benefizienz). Das ursprüngliche Versorgungsziel kann sich im Verlauf der Versorgung konkretisieren oder ändern. Eine „Heilung“ ist bei der großen Zahl chronisch Kranker ohnehin nicht möglich. Das eventuell erreichbare Ziel, die „Verschlimmerung einer Krankheit zu verhüten“ oder zu verzögern, verlangt eine mit doppelter Unsicherheit verbundene doppelte Prognose der Verläufe ohne und mit Behandlung. Sie kann nicht bei jedem Problem auf Studien mit hohem Evidenzgrad gestützt werden; und wenn doch, ist deren Übertragung auf den eigenen Versorgungskontext und auf den individuellen Patienten kaum uneingeschränkt möglich (Rothwell 2007). Bleibt die „Linderung von Beschwerden“ – oft segensreiche Hilfe, manchmal bloß Suggestion.

Bedarf konstituiert sich auf der Mikroebene also erst im Vollzug der Arzt-Patient-Beziehung. Er wird erst im Rückblick „konkret“. Versorgungsbedarf im Sinne der GKV wird nicht durch die epidemiologische oder gesundheitsökonomische Dimension eines Gesundheitsproblems bestimmt („Krankheitslast“). Nur wenn bei drohender oder bestehender gesundheitlicher Einschränkung konkreter medizinischer (Netto-)Nutzen gestiftet werden kann, kann man auf Individualebene von Bedarf sprechen. Er ist daher nicht kausal (diagnosebezogen), sondern final (teleologisch) begründet. Das ist im Reha-Sektor besonders leicht erkennbar, weil im SGB IX Versorgungsziele deutlicher bestimmt sind als im SGB V (§§ 4, 26 SGB IX).

1.3 Die Mesoebene der gemeinsamen Selbstverwaltung und der Wissenschaft

Strukturen, Prozesse und Resultate (Donabedian 1966) der realisierten Versorgung sind oberhalb der Mikroebene zu analysieren und direkt oder über ihre Rahmenbedingungen gestaltend zu beeinflussen. Wesentliche Akteure sind Organisationen der Leistungserbringer und der Kostenträger („gemeinsame Selbstverwaltung“). Ähnlich wie im Tarifrecht wurde ein unvermeidbarer Konflikt als Zwei-Zügel-Steuerung institutionalisiert. Auch die Wissenschaft, nach eigenem Verständnis normsetzend und so auch im Sozialgesetzbuch angesprochen (u. a. § 2 Absatz 1 und § 70 Absatz 1 SGB V), wird zur Mesoebene gerechnet.

1.3.1 Gemeinsame Selbstverwaltung

Die gemeinsame Selbstverwaltung von Kostenträgern und Leistungserbringern hat im deutschen Gesundheitswesen historisch bedingt eine starke Stellung. Ihre Aufgaben, auf der Mesoebene Strukturen zu organisieren und Funktionen wie Wirksamkeit, Qualität und Finanzierbarkeit sicherzustellen („governance“), werden in

anderen Ländern oft über regionale Institutionen gelöst, sind aber überall unverzichtbar.

Krankenkassen versichern Individuen, die ihre Kasse frei wählen können. Sie müssen daher deren Erwartungen an Erreichbarkeit, Umfang und Qualität der Versorgung gerecht werden. Sie sind zudem Sachwalter der Interessen ihrer Versicherungsgemeinschaft, übernehmen Organisations- und Finanzierungsverantwortung.

Wegen des Grundrechts der Berufsfreiheit (Artikel 12 GG) gibt es keine wirksame „Planung“ des zukünftig nötigen Facharzt-Mixes (Hausärzte, Augenärzte, Orthopäden usw.), wohl aber Maßnahmen, ihre Weiterbildung und berufliche Tätigkeit spezifisch zu fördern. „Weiterbildungsplanung“ ist ein zunehmend wichtig werdendes Desiderat der Systemgestaltung. Die sog. „ärztliche Bedarfsplanung“ als Gemeinschaftsaufgabe von Kassenärztlichen Vereinigungen und Krankenkassen (§ 99ff SGB V) ist vor allem eine Verteilungsplanung (Ozegowski und Sundmacher 2012). Der Bezug des „Ärztebedarfs“ zu einem bevölkerungsbezogenen Versorgungsbedarf wird abstrakt über fachgebietsspezifische Einwohner-Arzt-Relationen in festgelegten regionalen „Planungsbereichen“ hergestellt. Initial spiegelten diese Verhältniszahlen die gewachsenen Versorgungskapazitäten der 1990er Jahre. Sie werden periodisch vom G-BA überarbeitet (Bedarfsplanungs-Richtlinie). Die Zulassungs- und Landesausschüsse haben begrenzte Möglichkeiten, kleinräumige Besonderheiten steuernd zu berücksichtigen.

Deutlich erkennbar wird eine Anknüpfung an den Status quo ante als „Planungsverfahren“ im expliziten Vorjahresbezug bei der Fortschreibung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (§ 87a SGB V). Regionalspezifisch sind dabei demografischer Wandel, die Entwicklung der dokumentierten Diagnosen als Morbiditätskorrelat, die Entwicklung von Versorgungsstruktur und Wirtschaftlichkeit, der medizinische Fortschritt sowie Fortschreibungen des Leistungskatalogs zu berücksichtigen. Besonders förderungswürdige Leistungen können vereinbart werden. Damit sind Anreize gegen Über- und Unterversorgung vorgesehen. Insgesamt geht es hier jedoch weniger um eine proaktive Gestaltung der Versorgung, sondern vor allem um ein auf Kriterien gestütztes Nachführen der Vergütung an Demografie- und Morbiditätsentwicklung. Die Anbindung der Vergütung an Demografie- und Morbiditätsentwicklung ist der Weg, auf dem die Krankenkassen – wenn auch verzögert – das Morbiditätsrisiko wieder übernehmen, nachdem sie die prospektiv zu vereinbarende morbiditätsbedingte Gesamtvergütung mit befreiender Wirkung gezahlt haben (§ 87a Abs. 3 SGB V).

Eine Vorjahresanbindung mag als Planungskriterium wenig gestaltungsmächtig erscheinen. Sie folgt aber einer inneren Logik. Mortalität und Morbidität sind stochastische Ereignisse, d. h. wir wissen zwar nicht, wer genau erkranken und wer sterben wird, aber wir wissen auf der Aggregatebene der Bevölkerung recht genau, wie viele in jedem Jahr. Alle Versorgungsleistungen der Vorjahre wurden auf der Mikroebene von Ärzten veranlasst, können deswegen aus normativer Sicht als „bedarfsgeprüft“ oder „notwendig“ unterstellt werden. Bei dieser normativen Setzung ist natürlich klar, dass auf der Ebene von Individuen oder Indikationsgebieten zu viele oder zu wenige Leistungen erbracht worden sein können, prüfte man das in jedem Einzelfall gutachterlich nach. Auf Aggregatebene werden aber auch die Fehler des Systems als vorläufig stabil angesehen. Das in der Vergangenheit erbrachte

Volumen medizinischer Leistungen erscheint damit als fortschreibungsfähig – wenn auch unsicher und korrekturbedürftig. Versorgungsbedarf auf der Mesoebene ist eben nicht die Summe des ärztlich attestierten Bedarfs der Individuen, sondern eine eigene („emergente“) Größe, deren Fortschreibung die genannten Determinanten auf Aggregatebene berücksichtigt und damit wiederum die Arbeit des Versorgungssystems beeinflusst.

Auch die Regulierungen zur Übernahme medizinischer Innovationen in die Routineversorgung, also die Schnittstelle zwischen Wissenschaft und Praxis, kann man als Instrument einer Bedarfskonstituierung auffassen. Denn den Versicherten steht eine Versorgung nach dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse zu (siehe oben). Versorgungsinnovationen unterliegen im ambulanten Sektor einem Erlaubnisvorbehalt des G-BA, das Verfahren ist damit in der Hand der Selbstverwaltung, nicht der Ärzte allein. Tendenziell wird der stationäre Sektor durch die komplementäre Marktzugangsregel „Erlaubnis mit Verbotsvorbehalt“ bevorzugt, doch ist die konkrete Einführung neuer Positionen in den Leistungskatalog auch im stationären Sektor reguliert (Zuschläge, NUB). Mit der Übernahme einer Innovation in den Leistungskatalog der GKV ist allerdings nicht schon ihre qualitätsgesicherte Diffusion in die flächendeckende „übliche Versorgung“ umgesetzt. Innovationen versetzen deswegen das Gesundheitswesen übergangsweise in einen Zustand heterogener Unterversorgung.

Der Gesetzgeber hat das Verfahren zur Feststellung des Standes des Wissens konkretisiert: Nach § 139a Abs. 4 SGB V hat das IQWiG „zu gewährleisten, dass die Bewertung des medizinischen Nutzens nach den international anerkannten Standards der evidenzbasierten Medizin und die ökonomische Bewertung nach den hierfür maßgeblichen internationalen Standards, insbesondere der Gesundheitsökonomie erfolgt.“

Von der zunächst begrenzt geförderten Möglichkeit der Selektivverträge nach § 140a SGB V erwartete die Politik eine Zunahme des Vertragswettbewerbs in der GKV, sie stärkte damit die Such-, Effizienz und Evaluationsfunktion des Wettbewerbs in der GKV. Der größte Teil der Versorgung wird aber weiter einheitlich und gemeinsam vertraglich geregelt. Das sog. Präventionsgesetz (2015) hat sogar die Prävention, lange ein möglicher Bereich des Kassenwettbewerbs per Satzung, wieder kollektiviert und dabei alle Sozialleistungsträger einbezogen. Prävention ist Determinante des Versorgungsbedarfs, weil ein großer Teil aller Krankheiten und Todesursachen durch organisiertes soziales Handeln vermeidbar ist oder im Lebensverlauf aufgeschoben werden kann (Amler und Dull 1987; Coffield et al. 2001; Maciosek et al. 2010; Norheim et al. 2015; Barber et al. 2017).

1.3.2 Versorgungswissenschaft

Der Mesoebene wird auch die Erarbeitung der wissenschaftlichen Grundlagen der Versorgung zugeordnet. Bedarfsbestimmend gehören dazu vor allem Leitlinien. Sie werden gewöhnlich von den einzelnen wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaften evidenzbasiert erarbeitet (www.awmf.org), die sogenannten Nationalen VersorgungsLeitlinien vom Ärztlichen Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ), einem Kompetenzzentrum der „verfassten Ärzteschaft“. Die medizinische Profession legt Wert darauf, dass Leitlinien im Interesse der Einzelfall-

orientierung der Versorgung und der Patientenbeteiligung nicht identisch sind mit (gerichtsverwertbaren) medizinischen Standards. Doch werden Leitlinien natürlich mit dem Anspruch erarbeitet, sie in der Versorgung umzusetzen. Soweit Leitlinien (neue) Nutzenpotenziale durch Evidenz belegen und dazu Handlungsempfehlungen geben (oder solche wegen insuffizienter Evidenz ablehnen), definieren sie Bedarf. Evidenzbasierte Medizin organisiert Wissen als Handlungs begründung für die Praxis (ausführlich Robra 2016), sie ist daher bedarfskonstituierende Medizin. Leitlinien sind Allokationsinstrumente. Lange war in der Ärzteschaft umstritten, ob Leitlinien unter expliziter Berücksichtigung wirtschaftlicher Kriterien oder verfügbarer Ressourcen erstellt werden sollten. Der aktuelle Methodenreport des ÄZQ formuliert als Aufgabe von Leitlinien u. a. „unter Abwägung von Nutzen und Schaden das derzeitige Vorgehen der Wahl zu definieren“ und „unter Berücksichtigung der vorhandenen Ressourcen gute klinische Praxis zu fördern und die Öffentlichkeit darüber zu informieren“ (Bundesärztekammer et al. 2010). Versorgungs Leitlinien sind also ressourcensensibel und richten sich auch an die Öffentlichkeit.

Um die empirische Versorgung nachgehend zu evaluieren und Entscheidungsfindungen präzisierend zu unterstützen, wurde die Indikationsqualität medizinischer Verfahren unter dem Begriff der „Angemessenheit“ („appropriateness“) untersucht (Brook et al. 1986, „RAND/UCLA Appropriateness Method“). Als „angemessen“ wurde ein Verfahren angesehen, „dessen erwarteter gesundheitlicher Nutzen (wie z. B. gewonnene Lebenserwartung, Schmerzlinderung, Reduktion von Angst oder verbesserte Funktionsfähigkeit) die erwarteten negativen Konsequenzen (wie Mortalität, Morbidität, Angst, Schmerz und Verlust an Arbeitszeit) so ausreichend deutlich übertrifft, dass das Verfahren den Aufwand wert ist“ (Brook et al. 1986, ÜdV). Dieses schwache Benefizienz-Konzept, besser wohl mit dem abgeschwächten Begriff „Vertretbarkeit“ übersetzt, wurde in expertengestützten Konsensverfahren mit problem- oder technologiespezifischen Angemessenheitskriterien untersetzt. Dies erwies sich als schwierig (McClellan und Brook 1992; Casparie 1996), da sich die Experten bei Weitem nicht immer einig waren. In einer systematischen Übersichtsarbeit war nur für kardiale Revaskularisierungen die Übereinstimmung mit einer Angemessenheitsklassifikation auch mit besseren klinischen Resultaten verbunden (Lawson et al. 2012).

Es gibt kaum eine Fachgesellschaft, die nicht auf Unterversorgung in ihrem fachlichen Bereich verweist (SVR 2001, TZ 216). Andererseits ist in einer für das Individuum bis auf Grenzkosten von Null subventionierten Krankenversicherung mit einer Übernachtfrage und damit auch Überversorgung zu rechnen („moral hazard“, Nyman 2003). Schutz vor Überversorgung wird sogar als hausärztliche Aufgabe gesehen (Fischer 1996). Das Begriffspaar „Über- und Unterversorgung“ signalisiert Effektivitäts- und Rationalisierungspotenziale, aber auch ein Umsetzungs- und ein Gerechtigkeitsdefizit der Krankenversicherung. Die „bedarfsgerechte“ Mitte oder ihre Bandbreite sind damit aber noch nicht definiert. Um sie einzugrenzen, braucht es mindestens eines bewertenden Außenkriteriums im Sinne erwünschter oder unerwünschter Wirkungen der Versorgung.

Der Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (SVR) hat versucht, den „Referenzfall“ einer bedarfsgerechten und wirtschaftlichen

Versorgung zu beschreiben². Er charakterisierte diesen Referenzfall allerdings mit offenen Begriffen, blieb also eine Operationalisierung schuldig. Mit „Referenzversorgung“ kann aber auch ein methodischer Vergleich verschiedener (regionaler, internationaler) Versorgungssysteme gemeint sein. Oder ein empirisch vorgefundenes Versorgungsniveau wird mit expliziten normativen Standards verglichen. Solche Standards finden sich z. B. als Grenzwerte oder Verfahrensvorgaben in evidenzbasierten Leitlinien, als operationalisierte Potenziale (z. B. potenziell vermeidbare Krankenhausaufenthalte: Burgdorf und Sundmacher 2014; Sundmacher et al. 2015; potenziell inadäquate Medikationen: Holt et al. 2010), als konsentrierte Versorgungsmaßnahmen (z. B. McGlynn et al. 2003) oder als vertraglich vereinbarte Versorgungsziele in strukturierten Behandlungsprogrammen (§ 137f SGB V, „DMP“). Damit werden bewertete SOLL-IST-Vergleiche und in deren Folge korrektive Maßnahmen begründbar. Auch die Instrumentarien der externen und internen Qualitätssicherung, der Patientensicherheit, der Patientenzufriedenheit und der Gesundheitsberichterstattung unterstützen die Bedarfsorientierung der Versorgung.

Der SVR macht – wie schon Bradshaw (1972; auch Scholten et al. 2016) – darauf aufmerksam, dass es konvergierender Bewertungen bedarf, bevor legitimer Versorgungsbedarf vorliegt:³ Den vom Patienten selbst bestimmten Hilfebedarf, erkennbar nicht an seiner initialen Nachfrage, sondern an seiner aufgeklärten Zustimmung zur medizinischen Maßnahme; die Evidenzbasis; die leistungsrechtlichen Voraussetzungen (nicht jede gewünschte Leistung wird solidarisch finanziert); und das gutachterliche Urteil des individuell behandelnden Arztes. Erst die Schnittmenge bezeichnet den zur Versorgung akzeptierten Bedarf, den Geisler (2004) „konkordanten Bedarf“ nennt (ausführlicher Robra 2012).

Seit der grundlegenden Arbeit von Wennberg und Gittelsohn (1973) zur regionalen Versorgungsheterogenität haben zahlreiche regional vergleichende bevölkerungsbezogene Studien erhebliche Variationen bei diagnostischen oder therapeutischen Maßnahmen nachgewiesen. Das gilt für internationale Vergleiche (z. B. Corallo et al. 2014; OECD 2014), kleinräumig („small area studies“, Powietzka und Swart 2014) und natürlich auch für Deutschland (früh Ohmann 2000; Swart et al. 2000; aktuell z. B. die Faktenchecks der Bertelsmann-Stiftung <https://>

2 „Eine Versorgung, bei der Leistungen indiziert sind, einen positiven Netto-Nutzen haben und fachgerecht sowie mit akzeptabler Nutzen-Kosten-Relation erbracht werden, stellt den Referenzfall einer bedarfsgerechten und wirtschaftlichen Versorgung dar“ (SVR 2001, TZ 40). Überversorgung definiert der SVR doppelt als „Versorgung über die Bedarfsdeckung hinaus“, „d. h. eine Versorgung mit nicht indizierten Leistungen oder mit Leistungen ohne hinreichend gesicherten Netto-Nutzen“ (medizinische Überversorgung); oder als Versorgung mit Leistungen mit nur geringem Nutzen, „der die Kosten nicht mehr rechtfertigt“, oder mit unwirtschaftlich erbrachten Leistungen (ökonomische Überversorgung; SVR 2001, TZ 51 Nr. 2). Unterversorgung ist „die teilweise oder gänzliche Verweigerung oder Nichtzugänglichkeit einer Versorgung trotz individuellen, professionell, wirtschaftlich und gesellschaftlich anerkannten Bedarfs, obwohl an sich Leistungen mit hinreichend gesichertem Netto-Nutzen [...] zur Verfügung stehen“ (SVR 2001, TZ 51 Nr. 1).

3 „Die Feststellung von Bedarf schließt also subjektive und gesellschaftliche, professionelle und wissenschaftliche Urteile über einen behandlungsbedürftigen Zustand, also Krankheit oder Behinderung, und auch professionelle bzw. wissenschaftliche Urteile über den möglichen bzw. hinreichend gesicherten gesundheitlichen Nutzen (benefit) von gegenwärtig verfügbaren Verfahren und Einrichtungen zur Behandlung dieses Zustandes ein.“ (SVR 2001, TZ 22)

faktencheck-gesundheit.de). Überall bestehen auch in Deutschland Unterschiede im Möglichkeitsraum der Versorgung mit unterschiedlichen professionellen Arbeitsteilungen (Graf von Stillfried und Czihal 2014; Sundmacher und Kopetsch 2015; Vogt et al. 2016) und daher mit kontextspezifischen Opportunitätskosten.

Die beobachtete Versorgungsheterogenität lässt sich durch Morbiditätsunterschiede oder unterschiedliche Versorgungspräferenzen der regionalen Bevölkerungen nicht plausibilisieren. Sie zeigt zudem zeitlich stabile regionale Muster. Unsicherheit der Ärzte über Nutzen und Risiken der Maßnahmen (Eddy 1984; Beresford 1991), Angebotsinduktion, Vergütungsanreize, zu wenig standardisierte Verfahrensweisen, Effizienzunterschiede und regionale Versorgungsstile tragen dazu bei (Bloor 1976; Wennberg 1985, 2010). Sozial benachteiligte Gruppen sind auch gesundheitlich und in ihrer Versorgung benachteiligt (Hart 1971). Sirovich et al. (2008) fassen die Ergebnisse einer Erhebung bei Primärmedizinerinnen in fünf unterschiedlich intensiv versorgten Regionen so zusammen: „Wenn Ärzte in verschiedenen Regionen ‚dieselben‘ Patienten sehen, treffen sie unterschiedliche Entscheidungen – Entscheidungen, die eng mit der örtlichen Praxisumgebung korreliert sind“ (ÜdV). Eine beispielhafte Studie von Fisher et al. (2003a, b) belegt, dass die patientenbezogenen Versorgungsergebnisse in versorgungsintensiven Regionen nicht besser, sondern eher schlechter sind als in Regionen, in denen weniger Aufwand betrieben wird. Zwar ist die Frage, welche Intensität der Versorgung die Bedarfslage am besten trifft, auf Basis regionaler Querschnittserhebungen allein nicht zu entscheiden. Doch bei Hinzuziehen weiterer Kriterien wie Rehospitalisierungswahrscheinlichkeit, Leitlinienkonformität, Inzidenz, Progression und Letalität ist eine Eingrenzung möglich. Wenn Ärzte bei vielen Maßnahmen, besonders solchen ohne klare Leitlinien, erkennbar nicht über verbindliche Indikations- und Verfahrenskriterien verfügen, delegitimiert ein solches Muster die beanspruchte ärztliche Definitionsmacht, führt zu vermeidbaren gesundheitlichen Schäden durch zu viel oder zu wenig Versorgung und wirft ein Gerechtigkeitsproblem auf (Robra 2014a).

Die „Wege zum Arzt“ (Zola 1973; Siegrist und Hendel-Kramer 1979) aus dem Laiensystem ins professionelle Hilfesystem und die Interaktionen zwischen Arzt und Patient sind hoch relevante Gegenstände einer qualitativen Versorgungsforschung. Sie stehen allerdings hinter der Forschung mit quantitativen Daten aus der umgesetzten Versorgung zurück. Zu den qualitativen Ansätzen gehört auch, die Erfahrungsbasis der Praxis zu stärken (Schön 1986) und dafür geeignete Foren zu schaffen (Wenger 2007; gelungenes Beispiel Ulbricht et al. 2016).

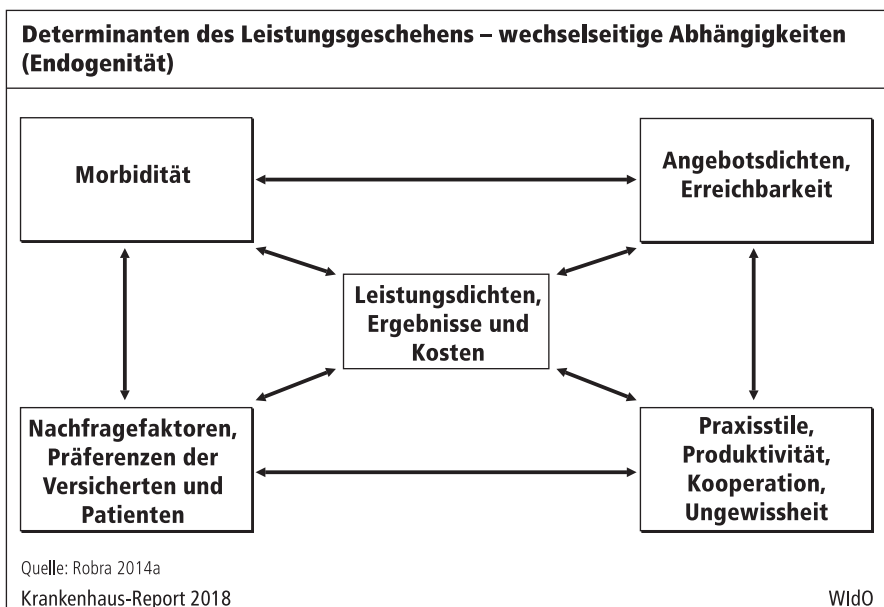
Wenige Studien haben versucht, die Inanspruchnahme medizinischer Leistungen kontrolliert zu beeinflussen (Brook et al. 1983; Fries und McShane 1998; Übersicht Fries et al. 1998) oder „natürliche Experimente“ auszuwerten (Robra et al. 1999; Zok 2005; Sommers et al. 2014). Natürlich spricht nichts dagegen, Inanspruchnahme und die dahinter liegende Selbstdefinition von Hilfebedarf durch Förderung der Gesundheitskompetenz zu beeinflussen. Die Steuerungswirkung monetärer Anreize ist schwieriger zu bewerten. So haben wir eine fortgesetzte Zuzahlungspraxis bei Arzneimitteln, während die Praxisgebühr Ende 2012 ausgesetzt wurde. Zunehmend werden Versorgungsmodelle vergleichend evaluiert durch Ansätze wie cluster-randomisierte Kontrollgruppen oder Propensity-Score-Matching (Altiner et al. 2007; Kunz et al. 2007; Junius-Walker et al. 2012; Bäumlner et al. 2012; Haas et al. 2012; Gerlach und Szecsenyi 2013). Zu den mittelfristigen

Auswirkungen von Steuerungsversuchen auf gesundheitliche Outcomes ist mehr Versorgungsforschung nötig.

Rund 50 Jahre bevölkerungsbezogener Versorgungsforschung (Acheson 1978; Mägi und Allander 1981; White 2003; Wennberg 2010; Welch und Fisher 2017; Lancet-Serie: Brownlee et al. 2017; Glasziou et al. 2017; Saini et al. 2017; Elshaug et al. 2017) lassen dennoch Schlussfolgerung zu: 1) Mehr Versorgung ist nicht notwendig besser, besser koordinierte schon (z. B. Deyo 2002; Starfield et al. 2005; Welch et al. 2011; Glasziou et al. 2013; Wennberg 2014). 2) Wir sollten die Fiktion aufgeben, es gebe einen exogenen Bedarf, der bloß fachlich objektiviert und dann möglichst wirtschaftlich versorgt werden müsse.

Nach Art eines komplexen adaptiven Systems (Holland 1992; Axelrod und Cohen 1999) beeinflussen sich die in Abbildung 1–3 visualisierten Determinanten des Leistungsgeschehens gegenseitig. Der Möglichkeitsraum der Versorgung und damit der Bedarf entwickeln sich *innerhalb* des Versorgungssystems, das sich damit rekursiv selbst legitimiert. Auch ohne Markt ergibt sich dadurch eine stetige Systemevolution. Sie hat Auswirkungen auf die Bedarfskonstituierung, weil sich damit Entscheidungsschwellen in den zahlreichen o. a. Grauzonen verschieben. Plastizität und Rückbezüglichkeiten des Systems erschweren analytische und evaluative Versorgungsforschung. Eine Bedarfskonzeption, die Korrelate der realisierten Versorgung nutzt, um daraus normativ auf den Bedarf zurückzuschließen, ist trotz der unter dem Stichwort „Vorjahresanbindung“ (siehe oben) vorgesehenen pragmatischen Verwendung für Vergütungszwecke mit einem Beweisfehler belastet. Wenn z. B. in Regionalanalysen die diagnoseabhängigen Zuweisungen aus dem Morbidity-RSA als regionaler Bedarfsindikator („need“) unterstellt werden, gegen den die regional realisierten Leistungsausgaben gehalten werden (Ozegowski und Sundma-

Abbildung 1–3



cher 2014), werden relative regionale Abweichungen von einem Bundesdurchschnitt sichtbar, der die empirisch realisierte Versorgung nur in methodenbedingter Einblendung spiegelt. Das regionale Streuungsmuster kann Anlass für korrektive Überlegungen geben, dieser Bundesdurchschnitt ist aber keine Eichmarke für Bedarfsgerechtigkeit der Versorgung.

1.4 Die Makroebene der Versorgungspolitik

Der Gesetzgeber regelt die Rahmenbedingungen der „gesetzlichen“ Krankenversicherung mit einem stetigen Strom von Gesetzen und Verordnungen. Der erste Eindruck einer Steuerung „top down“ wird dadurch relativiert, dass der Gesetzgeber oft die gemeinsame Selbstverwaltung der Mesoebene mit Präzisierung und Umsetzung beauftragt und damit die eingebundene Selbstbestimmung institutionalisierter Akteure im Gesundheitswesen fordert. Gleichzeitig greift er immer wieder Anliegen der „Verbände“ im Gesundheitswesen oder anderer Akteure (die Pharmaindustrie eingeschlossen) auf, die auf diese Weise außerhalb des Selbstverwaltungssystems Versorgungspolitik „ko-produzieren“ (Kickbusch und Gleicher 2011).

Insbesondere mit Regelungen zum Leistungsrecht und zur Innovationsbewertung trägt der Gesetzgeber direkt zur Bedarfskonstituierung bei (siehe oben), z. B. wenn er bei der Nutzenbewertung von Arzneimitteln explizit das sozioethische Kriterium „Zumutbarkeit einer Kostenübernahme durch die Versichertengemeinschaft“ vorsieht (§ 35b SGB V). Gesetzliche Regelungen können auch indirekt auf den Versorgungsbedarf wirken. Wenn z. B. nach Einführung der Fallfinanzierung im Krankenhaus dort anreizkompatibel Mengenentwicklungen beobachtet werden, die über demografisch oder epidemiologisch begründete Trends hinausgehen, ist dies bei grundsätzlich intakter Ethik der Profession am ehesten durch reaktive Anpassung bisheriger Entscheidungsschwellen für medizinische Maßnahmen, alternativ als Fehlsteuerung durch das Vergütungssystem zu erklären. Wenn der Gesetzgeber die Stellung der Patienten im Gesundheitswesen stärkt (Patientenvertreter § 135 Absatz 5 und § 140f SGB V, Verbraucher- und Patientenberatung § 65b SGB V) oder die Versorgungsforschung mit Mitteln der Sozialversicherung fördert (§ 92a SGB V), erwartet er offensichtlich Auswirkungen auf den Diskursprozess zur Definition und Versorgung bestehender und neuer Bedarfe.

Nur begrenzt hat der Gesetzgeber eigene Versorgungsprioritäten gesetzt, z. B. bei Einführung der Früherkennungsleistungen in den Leistungskatalog ab 1969 oder 2015 durch explizite Gesundheitsziele im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention (§ 20 Absatz 3 SGB V). Im letztgenannten Fall hat er flankierend einen breiten Diskurs vorgesehen (§§ 20d ff SGB V: Präventionskonferenz, Präventionsforum, Rahmenvereinbarungen, Modellvorhaben). Ähnlich wie zuvor im sog. Nationalen Krebsplan⁴ werden hier in einem partizipatorischen Ansatz Erwartungen reflektiert, Leistungsbewertungen konsentiert, Ziel-Mittel-Diskurse gefördert und Umsetzungsvorschläge gemacht (siehe auch Robra 2014b). Sie werden (indirekt)

4 www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/praevention/nationaler-krebsplan.html.

Auswirkungen auf Versorgungsansprüche und Versorgungsstandards haben (siehe auch Wright 2010 zu Methoden partizipativer Bedarfsbestimmung).

Weitere bedarfskonkretisierende Einflüsse kommen aus der Rechtsprechung, wenn sie über die Berechtigung von Leistungsforderungen befindet. Das Bundesverfassungsgericht hat wiederholt die Sicherung der Funktionalität und der finanziellen Stabilität der gesetzlichen Krankenversicherung als Gemeinwohlaufgabe von hoher Bedeutung definiert, der sich der Gesetzgeber nicht entziehen dürfe (z. B. 1 BvR 35/82 vom 31.10.1984, 1 BvR 2260/97 vom 12.07.2000, 1 BvR 866/07 vom 15.05.2007, 1 BvR 1778/05 vom 28.02.2008). Zur Sicherung einer nachhaltigen Krankenversorgung, eines Systemziels, sind daher Eingriffe und Kompromisse an anderer Stelle gerechtfertigt. Sie können z. B. die Regulierung der Berufsausübung, die Eingrenzung des Leistungskatalogs, die Begrenzung der maximalen Versorgungsintensität (unter Abwägung von Grenzkosten und Grenznutzen; Opportunitätskosten) sowie Qualitätsforderungen und Preiskontrollen betreffen, ohne dass solche abgewogenen und begründeten Kompromisse per se als Unter- oder Überversorgung aufgefasst werden können. Im sog. Viagra-Urteil (BVerfG, 28.02.2008, 1 BvR 1778/05 Rn. 4) heißt es zur Abgrenzung von Eigenverantwortung und Leistungskatalog der GKV: „Es steht mit dem Grundgesetz in Einklang, wenn der Gesetzgeber vorsieht, dass die Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich zu sein haben und nicht das Maß des Notwendigen überschreiten dürfen (§ 2 Abs. 1 Satz 1 SGB V). Der Leistungskatalog darf auch von finanzwirtschaftlichen Erwägungen mitbestimmt sein. Gerade im Gesundheitswesen hat der Kostenaspekt für gesetzgeberische Entscheidungen erhebliches Gewicht (vgl. BVerfGE 103, 172 <184>). Die gesetzlichen Krankenkassen sind nicht von Verfassungen wegen gehalten, alles zu leisten, was an Mitteln zur Erhaltung und Wiederherstellung der Gesundheit verfügbar ist (vgl. BVerfGE 115, 25 <45 f.>).“ Das Recht auf Krankenversorgung ist also nach unten durch Eigenverantwortung, nach oben durch die Grenzen der Solidarität begrenzt.

Nach dem Recht des Sozialgesetzbuchs ist oberstes Ziel auch des Gesundheitswesens, zur *sozialen* Gerechtigkeit und Sicherheit beizutragen (§ 1 Absatz 1 SGB I). Wenn das Gesundheitswesen das Niveau und die Verteilung der Gesundheit und ihrer Determinanten in der Bevölkerung verbessert oder Schutz vor Verletzung durch Krankheit bietet, trägt es zu sozialen Teilhabe-, Gerechtigkeits- und Produktivitätszielen bei. Kliemt (2006) vertritt in diesem Zusammenhang die These, Auftrag sei nicht eine Maximierung der Gesundheitsversorgung, sondern „deren Minimierung bei gleichzeitiger, ein hohes Niveau erzwingender Rechtsstaatsicherung“. Das Vertrauen der Bürger in Medizin und Sozialstaat ist nicht trennbar.

Die Dominanz der Ärzteschaft nimmt mit der Systemebene ab. Auf der Mikroebene entscheiden Ärzte über das Vorliegen des Versicherungsfalles. Auf der Mesoebene sind sie Vertragspartner, auf der Makroebene Public-Health-Berater (Kohatsu et al. 2004). Medizinische Institutionen können die Gesellschaft nicht zwingen, ein bestimmtes medizinisches Versorgungsniveau vorzuhalten. Die Gesellschaft darf allerdings von der medizinischen Profession erwarten, sie bei stets konflikträchtigen versorgungswirksamen Allokationsentscheidungen zu beraten. Für die Medizin ist damit ein reziproker Rahmen sozialer Verantwortung gesetzt: einerseits verlangen ihre eigenen Aufgaben, dass sie gesellschaftliche Entwicklungen zu beeinflussen versucht (z. B. Wirkungsforschung, Beseitigung oder Vorbeugung von Ver-

sorgungsdefiziten, Verbesserung der Stellung des Patienten); andererseits ist sie Instrument eines politischen Programms, das wir (heute) „sozialstaatlich“ nennen.

1.5 Fazit

Wenn ein medizinisch zu versorgender Bedarf nicht „exogen“ vorgegeben ist, sondern im Gesundheitswesen selbst gestaltet wird, zudem auf den dargestellten Ebenen mit je unterschiedlichen Zielen und Mitteln, erscheint es vergeblich, „Versorgungsbedarf“ punktgenau messen zu wollen, um daraus den benötigten Leistungsmix und sekundär die für eine wirtschaftliche Leistungserbringung nötigen Kapazitäten herzuleiten. „Bedarfsplanung“, treffender wohl Bedarfsmanagement, wird vielmehr ein iterativer, offener Lern-, Entwicklungs- und Systemgestaltungsprozess. Das heißt nicht, auf evidenzbasierte, gesellschaftlichen Erwartungen standhaltende und nachhaltig finanzierbare, d. h. normative Versorgungsziele zu verzichten. Zweckmäßigkeit, Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit der vorgehaltenen Strukturen und erbrachten Leistungen sind dann durch evaluative Versorgungsforschung hinsichtlich ihres Beitrags zur Zielerreichung zu bewerten, ggf. ist korrigierend („planerisch“) einzugreifen.

Literatur

- Acheson RM. The definition and identification of need for health care. *J Epidemiol Community Health* 1978; 32 (1): 10–5.
- Altiner A, Brockmann S, Sielk M, Wilm S, Wegscheider K, Abholz H. Reducing antibiotic prescriptions for acute cough by motivating GPs to change their attitudes to communication and empowering patients: a cluster-randomized intervention study. *J Antimicrob Chemother* 2007; 60: 638–44.
- Amler RW, Dull HB, editors. *Closing the gap: The burden of unnecessary illness*. New York, Oxford: Open University Press 1987.
- Axelrod R, Cohen MD. *Harnessing complexity: Organizational implications of a scientific frontier*. New York, London, Toronto, Sydney, Singapore: The Free Press 1999.
- Barber RM, Fullman N, Sorensen RJD, Bollyky T, McKee M, Nolte E et al. Healthcare Access and Quality Index based on mortality from causes amenable to personal health care in 195 countries and territories, 1990–2015: A novel analysis from the Global Burden of Disease Study 2015. *The Lancet* 2017.
- Barth J, Boer WEL de, Busse JW, Hoving JL, Kedzia S, Couban R et al. Inter-rater agreement in evaluation of disability: Systematic review of reproducibility studies. *BMJ* 2017; 356: j14.
- Bäumler M, Stargardt T, Schreyögg J, Busse R. Cost effectiveness of drug-eluting stents in acute myocardial infarction patients in Germany: results from administrative data using a propensity score-matching approach. *Appl Health Econ Health Policy* 2012; 10 (4): 235–48.
- Beresford EB. Uncertainty and the shaping of medical decisions. *Hastings Cent Rep* 1991; 21 (4): 6–11.
- Berger PL, Luckmann T. *Die gesellschaftliche Konstruktion der Wirklichkeit: Eine Theorie der Wissenssoziologie*. 22. Aufl. Frankfurt am Main: Fischer-Taschenbuch-Verlag 2009. (Fischer; vol 6623).
- Bloor M. Bishop Berkeley and the adenotonsillectomy enigma: an exploration of variation in the social construction of medical disposals. *Sociology* 1976; 10: 43–61.

- Bradshaw JR. The taxonomy of social need. In: McLachlan G, editor. Problems and progress in medical care: essays on current research. Oxford: Nuffield Provincial Hospital Trust 1972; 71–82 (7th Series).
- Brook RH, Chassin MR, Fink A, Solomon DH, Koseoff J, Park RE. A method for the detailed assessment of the appropriateness of medical technologies. *International Journal of Technology Assessment in Health Care* 1986; 2 (01): 53–63.
- Brook RH, Ware JE, JR, Rogers WH, Keeler EB, Davies AR, Donald CA et al. Does free care improve adults' health? Results from a randomized controlled trial. *The New England Journal of Medicine* 1983; 309 (23): 1426–34.
- Brownlee S, Chalkidou K, Doust J, Elshaug AG, Glasziou P, Heath I et al. Evidence for overuse of medical services around the world. *The Lancet* 2017.
- Bundesärztekammer (BÄK), Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF). Programm für Nationale Versorgungsleitlinien. Methoden-Report, 4. Auflage, Version 1.0; 2010. URL: <http://www.versorgungsleitlinien.de/methodik/reports> (01 Juli 2017).
- Burgdorf F, Sundmacher L. Potenziell vermeidbare Krankenhausfälle in Deutschland: Analyse von Einflussfaktoren auf die Raten ambulant-sensitiver Krankenhauseinweisungen. *Deutsches Ärzteblatt* 2014; 111: 215–23.
- Casparie AF. The ambiguous relationship between practice variation and appropriateness of care: an agenda for further research. *Health Policy* 1996; 35: 247–65.
- Coffield AB, Maciosek MV, McGinnis JM, Harris JR, Caldwell MB, Teutsch SM et al. Priorities among recommended clinical preventive services. *Am J Prev Med* 2001; 21 (1): 1–18.
- Corallo AN, Croxford R, Goodman DC, Bryan EL, Srivastava D, Stukel TA. A systematic review of medical practice variation in OECD countries. *Health Policy* 2014; 114 (1): 5–14.
- Deyo RA. Cascade effects of medical technology. *Annu Rev Public Health* 2002; 23: 23–44.
- Donabedian A. Evaluating the quality of medical care. *Milbank Mem Fund Q* 1966; 44: 166–206.
- Eddy DM. Variations in physician practice: the role of uncertainty. *Health Aff (Millwood)* 1984; 3 (2): 74–89.
- Elshaug AG, Rosenthal MB, Lavis JN, Brownlee S, Schmidt H, Nagpal S et al. Levers for addressing medical underuse and overuse: Achieving high-value health care. *The Lancet* 2017.
- Felder S, Mayrhofer T. Medical decision making: A health economic primer. Berlin: Springer 2011.
- Fischer GC. Schutz vor medizinischer Überversorgung – eine wichtige Präventionsaufgabe des Hausarztes. *Z Allg Med* 1996; 72 (17): 1012–5.
- Fisher ES, Wennberg DE, Stukel TA, Gottlieb DJ, Lucas FL, Pinder EL. The implications of regional variations in Medicare spending. Part 1: the content, quality, and accessibility of care. *Ann Intern Med* 2003; 138 (4): 273–87.
- Fisher ES, Wennberg DE, Stukel TA, Gottlieb DJ, Lucas FL, Pinder EL. The implications of regional variations in Medicare spending. Part 2: health outcomes and satisfaction with care. *Ann Intern Med* 2003; 138(4): 288–98.
- Fries JF, Koop CE, Sokolov J, Beadle CE, Wright D. Beyond health promotion: reducing need and demand for medical care. *Health Aff (Millwood)* 1998; 17 (2): 70–84.
- Fries JF, McShane D. Reducing need and demand for medical services in high-risk persons. A health education approach. *West J Med* 1998; 169 (4): 201–7.
- Gahl K. Indikation – Zur Begründungsstruktur ärztlichen Handelns. *Dtsch Med Wochenschr* 2005; 130: 1155–8.
- Geisler LS. Bedarfsgerechtigkeit im Gesundheitssystem? „Konkordanter Bedarf“ als unverzichtbare Voraussetzung. Die Rolle des Arzt-Patient-Dialogs. Referat anlässlich der Veranstaltung: „Bedarfsgerechtigkeit im Gesundheitssystem? Zur Lage chronisch kranker und behinderter Menschen nach der Gesundheitsreform“ – Gemeinsame Tagung von „Institut Mensch, Ethik und Wissenschaft“ (IMEW) und „Katholische Akademie“. Berlin, 7. September 2004. <http://www.linus-geisler.de/vortraege/0409bedarfsgerechtigkeit.html>
- Gerlach FM, Szecsenyi J. Hausarztzentrierte Versorgung in Baden-Wuerttemberg: Konzept und Ergebnisse der kontrollierten Begleitevaluation. *Z Evid Fortbild Qual Gesundhwes* 2013; 107 (6): 365–71.

- Glasziou P, Moynihan R, Richards T, Godlee F. Too much medicine; too little care. *BMJ* 2013; 347: f4247.
- Glasziou P, Straus S, Brownlee S, Trevena L, Dans L, Guyatt G et al. Evidence for underuse of effective medical services around the world. *The Lancet* 2017.
- Graf von Stillfried D, Czihal T. Welchen Beitrag liefern funktional definierte Populationen zur Erklärung regionaler Unterschiede in der medizinischen Versorgung? *Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz* 2014; 57: 197–206.
- Haas L, Stargardt T, Schreyögg J. Cost-effectiveness of open versus laparoscopic appendectomy: a multilevel approach with propensity score matching. *Eur J Health Econ* 2012; 13 (5): 549–60.
- Hart JT. The inverse care law. *The Lancet* 1971; 1 (7696): 405–12.
- Helsper W, Krüger H-H, Rabe-Kleberg U. Professionstheorie, Professions- und Biographieforschung – Einführung in den Themenschwerpunkt. *Zeitschrift für qualitative Bildungs-, Beratungs- und Sozialforschung (ZBBS)* 2000; (1): 5–19.
- Holland JH. Complex adaptive systems. *Daedalus* 1992; 121: 17–30.
- Holt S, Schmiedl S, Thürmann PA. Potenziell inadäquate Medikation für ältere Menschen: Die PRISCUS-Liste. *Dtsch Arztebl* 2010; 107: 543–51.
- Junius-Walker U, Wrede J, Voigt I, Hofmann W, Wiese B, Hummers-Pradier E et al. Impact of a priority-setting consultation on doctor-patient agreement after a geriatric assessment: cluster randomised controlled trial in German general practices. *Qual Prim Care* 2012; 20(5): 321–34.
- Kickbusch I, Gleicher D. Governance for health in the 21st century. Copenhagen: WHO 2012.
- Kliemt H. Ethische Konflikte im Gesundheitswesen. *Perspektiven der Wirtschaftspolitik* 2006; 7: 27–48.
- Kohatsu ND, Robinson JG, Torner JC. Evidence-based public health: An evolving concept. *Am J Prev Med* 2004; 27 (5): 417–21.
- Kunz R, Wegscheider K, Guyatt G, Zielinski W, Rakowskiy N, Donner-Banzhoff N et al. Impact of short evidence summaries in discharge letters on adherence of practitioners to discharge medication. A cluster-randomised controlled trial. *Qual Saf Health Care* 2007; 16: 456–61.
- Lawson EH, Gibbons MM, Ko CY, Shekelle PG. The appropriateness method has acceptable reliability and validity for assessing overuse and underuse of surgical procedures. *Journal of Clinical Epidemiology* 2012; 65 (11): 1133–43.
- Lindemann G. Die Kontingenz der Grenzen des Sozialen und die Notwendigkeit eines triadischen Kommunikationsbegriffs. *Berlin J Soziol* 2012; 22 (3): 317–40.
- Maciosek MV, Coffield AB, Flottesch TJ, Edwards NM, Solberg LI. Greater use of preventive services in U.S. health care could save lives at little or no cost. *Health Aff (Millwood)* 2010; 29 (9): 1656–60.
- Mägi M, Allander E. Towards a theory of perceived and medically defined need. *Sociol Health & Illness* 1981; 3 (1): 49–71.
- Mazal W. Krankheitsbegriff und Risikobegrenzung: Eine Untersuchung zum Leistungsrecht der gesetzlichen Krankenversicherung. Wien: Braumüller 1992.
- McClellan M, Brook RH. Appropriateness of care. A comparison of global and outcome methods to set standards. *Med Care* 1992; 30 (7): 565–86.
- McGlynn EA, Asch SM, Adams J, Keesey J, Hicks J, DeCristofaro A et al. The quality of health care delivered to adults in the United States. *N Engl J Med* 2003; 348 (26): 2635–45.
- Norheim OF, Jha P, Admasu K, Godal T, Hum RJ, Kruk ME et al. Avoiding 40% of the premature deaths in each country, 2010–30: review of national mortality trends to help quantify the UN Sustainable Development Goal for health. *Lancet* 2015; 385 (9964): 239–52.
- Nyman JA. The theory of demand for health insurance. Stanford, CA: Stanford Economics and Finance 2003.
- OECD. Geographic Variations in Health Care: What do we know and what can be done to improve health system performance? Paris: OECD Publishing 2014. (OECD Health Policy Studies).
- Oevermann U. Theoretische Skizze einer revidierten Theorie professionalisierten Handelns. In: Combe A, Helsper W, editors. *Pädagogische Professionalität: Untersuchungen zum Typus pädagogischen Handelns*. 1. Aufl. Frankfurt am Main: Suhrkamp 1996; 70–182 (suhrkamp taschenbuch wissenschaft; vol. 1230).

- Oevermann U. „Compliance“ und die Strukturlogik des Arbeitsbündnisses zwischen Arzt und Patient. In: Mittel D, Seltrecht A (Hrsg) *Krankheit: Lernen im Ausnahmezustand?* Berlin, Heidelberg: Springer 2013; 501–21.
- Ohmann C, editor. *Operationshäufigkeiten in Deutschland*. Baden-Baden: Nomos-Verlagsgesellschaft 2000. (Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit; vol 129).
- Ozegowski S, Sundmacher L. Wie „bedarfsgerecht“ ist die Bedarfplanung? Eine Analyse der regionalen Verteilung der vertragsärztlichen Versorgung. *Gesundheitswesen* 2012; 74 (10): 618–26.
- Ozegowski S, Sundmacher L. Understanding the gap between need and utilization in outpatient care – the effect of supply-side determinants on regional inequities. *Health Policy* 2014; 114 (1): 54–63.
- Powietzka J, Swart E. Routinedaten für kleinräumige Analysen. In: Swart E, Ihle P, Gothe H, Matuiewicz D, editors. *Routinedaten im Gesundheitswesen: Handbuch Sekundärdatenanalyse: Grundlagen, Methoden und Perspektiven*. 2., vollst. überarb. und erw. Aufl. Bern: Huber 2014; 435–45.
- Raspe H. Bedarf an rehabilitativen Leistungen: zur Theorie von Bedarfsermittlung („needs assessment“). *Rehabilitation* 2007; 46: 3–8.
- Raspe H. Sozialmedizin und (normative) Versorgungsforschung. *Gesundheitswesen* 2015; 77 (3): 133–6.
- Robra B-P. III-4 Gesundheitsökonomie. In: Gostomzyk JG, editor. *Angewandte Sozialmedizin*. Landsberg: Ecomed 2012; 1–39.
- Robra BP, John E, Wennberg, Pionier der regionalen Versorgungsforschung: Was kann eine deutsche Versorgungswissenschaft von ihm lernen? *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz* 2014a; 57 (2): 164–8.
- Robra BP. (Prioritäre) Gesundheitsziele als Gesetzesinhalt. *Prävention* 2014b; 37 (4): 103–5.
- Robra BP. Evidenz. In: Dick M, Marotzki W, Mieg H, editors. *Handbuch Professionsentwicklung*. 1. Aufl. Bad Heilbrunn: UTB 2016; 193–202.
- Robra BP, Kraska D. In Richtung auf eine bedarfsgerechte Versorgung – wie leben wir professionell mit Über- und Unterversorgung? In: Weber A, editor. *Gesundheit – Arbeit – Rehabilitation – Festschrift für Wolfgang Slesina*. Regensburg: S. Roderer 2008; 19–28.
- Robra BP, Swart E, Schlichthaar H, Lehnert H. Reduktion der Krankenhaushäufigkeit des Diabetes mellitus nach Diabetes-Vereinbarung im ambulanten Sektor – kleinräumige Evaluation anhand regionaler Krankenhausdaten. *Diabetes und Stoffwechsel* 1999; (8): 107–12.
- Rothwell PM (Hrsg) *Treating individuals; from randomised trials to personalised medicine*. Edinburgh, London: Elsevier 2007. (Lancet handbook series).
- Sachverständigenrat für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen. *Gutachten 2000/2001 Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit*. Band 3 – Über-, Unter- und Fehlversorgung. (Bundestags-Drucksache 14/6871). Bonn 2001.
- Saini V, Garcia-Armesto S, Klemperer D, Paris V, Elshaug AG, Brownlee S et al. Drivers of poor medical care. *The Lancet* 2017. DOI: 10.1016/S0140-6736(16)30947-3.
- Scholten N, Karbach U, Pfaff H. Bedarfsgerechte Versorgung – Ein Überblick gängiger Definitionen. *Public Health Forum* 2016; 24 (1): 6–8.
- Schön DA. *The reflective practitioner*. New York: Basic Books 1983
- Schütze F. Schwierigkeiten bei der Arbeit und Paradoxien des professionellen Handelns : ein grundlagentheoretischer Aufruf. *Zeitschrift für qualitative Bildungs-, Beratungs- und Sozialforschung* 2000; (1): 49–96.
- Seltrecht A. Arbeitsbogen – Reflexion professioneller Arbeit im Projekt- oder Verlaufskurvenkontext. In: Dick M, Marotzki W, Mieg H (Hrsg) *Handbuch Professionsentwicklung*. 1. Aufl. Bad Heilbrunn: UTB 2016; 62–74.
- Siegrist J, Hendel-Kramer A. *Wege zum Arzt*. München-Wien-Baltimore: Urban & Schwarzenberg 1979.
- Sirovich B, Gallagher PM, Wennberg DE, Fisher ES. Discretionary decision making by primary care physicians and the cost of U.S. Health care. *Health Aff (Millwood)* 2008; 27 (3): 813–23.
- Sommers BD, Long SK, Baicker K. Changes in mortality after Massachusetts health care reform: A quasi-experimental study. *Ann Intern Med* 2014; 160 (9): 585–93.

- Spura A. Biographie und Paarbeziehung: Zur Struktur triadischer Wechselwirkungen bei Doppelkarriere-Paaren. Opladen u a: Budrich 2014. (Studien zur qualitativen Bildungs-, Beratungs- und Sozialforschung – ZBBS-Buchreihe).
- Starfield B, Forrest CB, Nutting PA, Schrader S von. Variability in physician referral decisions. *J Am Board Fam Pract* 2002; 15: 473–80.
- Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of primary care to health systems and health. *The Milbank Quarterly* 2005; 83 (3): 457–502.
- Stevens A, Gabbay J. Needs assessment needs assessment... *Health Trends* 1991; 23 (1): 20–3.
- Stevens A, Gillam S. Health needs assessment. Needs assessment: from theory to practice. *BMJ* 1998; 316: 1448–52.
- Strauss A, Fagerhaugh S, Suczek B, Wiener C. Social organization of medical work. Chicago: The University of Chicago Press 1985.
- Sundmacher L, Fischbach D, Schuettig W, Naumann C, Augustin U, Faisst C. Which hospitalisations are ambulatory care-sensitive, to what degree, and how could the rates be reduced? Results of a group consensus study in Germany. *Health Policy* 2015; 119 (11): 1415–23.
- Sundmacher L, Kopetsch T. The impact of office-based care on hospitalizations for ambulatory care sensitive conditions. *Eur J Health Econ* 2015; 16 (4): 365–75.
- Swart E, Wolff C, Klas P, Deh S, Robra BP. Häufigkeit und kleinräumige Variabilität von Operationen. *Chirurg* 2000; 71: 109–14.
- Tomlin Z, Humphrey C, Rogers S. General practitioners' perceptions of effective health care. *BMJ* 1999; 318: 1532–5.
- Ulbricht S, Dick M, Walther W, editors. Praxisforschung und Professionsentwicklung in der Zahnmedizin. 10 Jahre Master-Network Integrated Dentistry e. V. Lengerich: Pabst 2016.
- Vogt V, Koller D, Sundmacher L. Continuity of care in the ambulatory sector and hospital admissions among patients with heart failure in Germany. *European Journal of Public Health* 2016; 26 (4): 555–61.
- Welch HG, Fisher ES. Income and cancer overdiagnosis – When too much care is harmful. Welch HG, Fisher ES. Income and cancer overdiagnosis – When too much care is harmful. *N Engl J Med* 2017; 376 (23): 2208–9.
- Welch HG, Schwartz LM, Woloshin S. Overdiagnosed: Making people sick in the pursuit of health. Boston, MA: Beacon Press 2011.
- Wenger E. Communities of practice: Learning, meaning, and identity. 15. print. Cambridge: Cambridge University Press 2007.
- Wennberg J, Gittelsohn A. Small area variations in health care delivery: A population-based health information system can guide planning and regulatory decision-making. *Science* 1973; 182: 1102–8.
- Wennberg JE. On patient need, equity, supplier-induced demand, and the need to assess the outcome of common medical practices. *Med Care* 1985; 23 (5): 512–20.
- Wennberg JE. Tracking medicine: A researcher's quest to understand health care. New York: Oxford University Press 2010.
- Wennberg JE. Forty years of unwarranted variation – And still counting. *Health Policy* 2014; 114 (1): 1–2.
- White KL. Two cheers for ecology. *Ann Fam Med* 2003; 1 (2): 67–9.
- Wright MT, editor. Partizipative Qualitätsentwicklung in der Gesundheitsförderung und Prävention. Bern: Hans Huber 2010. <http://www.partizipative-qualitaetsentwicklung.de/bedarfsbestimmung.html>
- Yerushalmy J. Statistical problems in assessing methods of medical diagnosis, with special reference to X-ray techniques. *Public Health Rep* 1947; 62 (40): 1432–49.
- Zok K. Das Arzt-Inanspruchnahmeverhalten nach Einführung der Praxisgebühr Ergebnisse aus zwei Repräsentativumfragen unter 3.000 GKV-Versicherten. *WIdO Monitor* 2005; 2 (2): 1–7.
- Zola IK. Pathways to the doctor – from person to patient. *Soc Sci Med* 1973; 7: 677–89.