

Wahlster, Philip et al.

**Article**

## Bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung – Chancen und Hindernisse

Wirtschaftsdienst

*Suggested Citation:* Wahlster, Philip et al. (2018) : Bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung – Chancen und Hindernisse, Wirtschaftsdienst, ISSN 1613-978X, Springer, Heidelberg, Vol. 98, Iss. 9, pp. 619-637, <https://doi.org/10.1007/s10273-018-2343-2>

This Version is available at:

<https://hdl.handle.net/10419/213677>

**Standard-Nutzungsbedingungen:**

Die Dokumente auf EconStor dürfen zu eigenen wissenschaftlichen Zwecken und zum Privatgebrauch gespeichert und kopiert werden.

Sie dürfen die Dokumente nicht für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, öffentlich zugänglich machen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Sofern die Verfasser die Dokumente unter Open-Content-Lizenzen (insbesondere CC-Lizenzen) zur Verfügung gestellt haben sollten, gelten abweichend von diesen Nutzungsbedingungen die in der dort genannten Lizenz gewährten Nutzungsrechte.

**Terms of use:**

*Documents in EconStor may be saved and copied for your personal and scholarly purposes.*

*You are not to copy documents for public or commercial purposes, to exhibit the documents publicly, to make them publicly available on the internet, or to distribute or otherwise use the documents in public.*

*If the documents have been made available under an Open Content Licence (especially Creative Commons Licences), you may exercise further usage rights as specified in the indicated licence.*

# Bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung – Chancen und Hindernisse

Am 2. Juli 2018 hat der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen sein aktuelles Gutachten „Bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung“ an das Bundesgesundheitsministerium übergeben. Die ausgeprägte Trennung von ambulanter und stationärer Versorgung, aber auch zwischen privater und gesetzlicher Krankenversicherung ist typisch für das deutsche System. Die Gutachter empfehlen unter anderem eine bessere Koordinierung der ambulanten und stationären Leistungen, eine monistische Krankenhausfinanzierung und eine hausarztzentrierte Patientenversorgung. An dem Gutachten wird vor allem kritisiert, dass ihm ein ordnungspolitisches Konzept mit wettbewerblichen Steuerungsstrukturen fehlt.

Philip Wahlster, Yauheniya Varabyova, Jonas Schreyögg

## Bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung – zu den aktuellen Vorschlägen des SVR Gesundheit

Aus ökonomischer Perspektive unterscheiden sich die Marktmechanismen im Gesundheitssektor in vielen Bereichen von denen anderer Märkte. So wird die Nachfrage nach Gesundheitsleistungen oftmals weniger von den Bedürfnissen und Präferenzen der Konsumenten bestimmt, als vielmehr von medizinischen Notwendigkeiten, auf die der Konsument (d. h. in diesem Fall der Patient) nur geringen Einfluss hat. Aufgrund der Unvorhersehbarkeit der Inanspruchnahme sowie der damit verbundenen Kosten ist für den Patienten die Mitgliedschaft bei einer Krankenversicherung essenziell, die im Bedarfsfall die Kosten für medizinische Leistungen trägt. In dem solidarisch finanzierten, deutschen Gesundheitssystem besteht hierbei eine Versicherungspflicht, sodass gute und schlechte Gesundheitsrisiken gesamtgesellschaftlich durch die gesetzlichen und privaten Krankenversicherungen getragen werden. Damit wird die Nachfrage nach Gesundheitsleistungen von der Kaufkraft des Patienten entkoppelt und durch den medizinischen Bedarf eines Patienten bzw. die Diagnose und Therapie durch einen Leistungserbringer definiert. Da der Leistungserbringer d. h. der behandelnde Arzt oftmals die Diagnose und Therapie gleichermaßen veranlasst, werden hier die klassischen marktwirtschaftlichen Mechanismen zwischen Konsument und Produzent außer Kraft gesetzt.<sup>1</sup> Infolgedessen muss neben der Nachfrage auch das An-

gebot reguliert werden, um einem Überangebot an medizinischen Leistungen entgegenzuwirken. Daher werden in Deutschland die ambulanten und stationären Angebotskapazitäten geplant und regional festgelegt.

### Ambulante und stationäre Bedarfsplanung: Status quo

Die derzeitige Bedarfsplanung erfolgt in Deutschland getrennt für die ambulanten und stationären Kapazitäten. Die sektorale Trennung der Gesundheitsversorgung ist aus dem Behandlungsmonopol der Kassenärzte zu Zeiten der Weimarer Republik entstanden und besteht bis heute.<sup>2</sup> Derzeit beginnt der Prozess der ambulanten Bedarfsplanung mit Beschluss der Bedarfsplanungsrichtlinie durch den Gemeinsamen Bundesausschuss. Auf Grundlage deutschlandweit festgelegter Arzt-Patienten-Verhältnisse zu einem bestimmten Stichtag<sup>3</sup> werden Verhältniszahlen für verschiedene Facharzttrichtungen festgelegt. Diese Verhältniszahlen können weiterhin mittels eines Demografiefaktors modifiziert werden. Dieser Demografiefaktor vergleicht das regionale Verhältnis der über 65-Jährigen zu den unter 65-Jährigen und ebendiesem deutschland-

1 Vgl. U. Schneider: Der Arzt als Agent des Patienten: Zur Übertragbarkeit der Principal-Agent-Theorie auf die Arzt-Patient-Beziehung, Ernst-Moritz-Arndt-Universität Greifswald, Rechts- und Staatswissenschaftliche Fakultät, Wirtschaftswissenschaftliche Diskussionspapiere, 02/1998.

2 Vgl. W.-D. Leber, J. Wasem: Ambulante Krankenhausleistungen – ein Überblick, eine Trendanalyse und einige ordnungspolitische Anmerkungen, in: J. Klauber, M. Geraedts, J. Friedrich, J. Wasem (Hrsg.): Krankenhaus-Report 2016. Schwerpunkt: Ambulant im Krankenhaus, Stuttgart 2016, S. 3-26.

3 Hausärzte auf dem Stand von 1995, die Fachgruppen der allgemeinen fachärztlichen Versorgung auf dem Stand von 1990, Psychotherapeuten auf dem Stand von 1999.

weiten Verhältnis. So nimmt beispielsweise der Bedarf an Urologen mit einem steigenden Anteil der 65-Jährigen zu, während der Bedarf an Frauen- und Kinderärzten abnimmt. Anschließend werden die auf diese Weise ermittelten Verhältniszahlen mit der regionalen Bevölkerung verrechnet. Somit erhält man eine bestimmte Zahl von benötigten Ärzten bzw. kassenärztlichen Vertragssitzen in einer Region. Entspricht die Zahl der tätigen Vertragsärzte exakt dem rechnerisch ermittelten Bedarf, beträgt der Versorgungsgrad 100 %. Liegt die regionale Vertragsarztdichte unter 75 % für Hausärzte bzw. 50 % für Fachärzte, kann der Zulassungsausschuss das Vorliegen einer Unterversorgung feststellen. Ab einer Vertragsarztdichte von 110 % liegt Überversorgung vor.

Seit 2015 wurden mit dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VSG) ab einem Versorgungsgrad von 140 % die Kassenärztlichen Vereinigungen mittels einer Soll-Regelung verpflichtet, frei werdende Vertragsarztsitze aufzukaufen. So weisen für einige Facharzttrichtungen viele Regionen Versorgungsgrade von über 140 % auf. Die finale Entscheidung, ob ein Aufkauf erfolgt oder zusätzliche Kassenarztsitze zugelassen werden, obliegt der Entscheidung des Zulassungsausschusses, der hälftig aus Vertretern der jeweiligen kassenärztlichen Vereinigung und den Landesverbänden der Krankenkassen besetzt ist. Zudem sind für die kassenärztlichen Vereinigungen im Rahmen der morbiditätsorientierten Gesamtvergütung Anreize geschaffen worden, eine Überversorgung durch Zulassung immer weiterer Vertragsärzte zu vermeiden. Die Zahlung der morbiditätsorientierten Gesamtvergütung ist an den Sicherstellungsauftrag der kassenärztlichen Vereinigungen gebunden und dabei von der Zahl der beteiligten Vertragsärzte unabhängig. Bei Zulassung weiterer Ärzte verringert sich somit der Anteil an der Gesamtvergütung des jeweiligen Vertragsarztes.

Die stationäre Planung erfolgt gemäß § 6 Abs. 1 Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) auf Länderebene. Zur Gewährleistung einer bedarfsgerechten Versorgung der Bevölkerung mit leistungsfähigen, eigenverantwortlich wirtschaftenden Krankenhäusern erstellt jedes Bundesland einen Landeskrankenhausplan.<sup>4</sup> Hat ein Krankenhaus eine länderübergreifende Bedeutung für die Versorgung der Bevölkerung, so kann die Krankenhausplanung zwischen den beteiligten Ländern abgestimmt werden. Insgesamt wird das Planungsverfahren allerdings von Bundesland zu Bundesland unterschiedlich gehandhabt. Zumeist wird dazu eine die bestehenden Kapazitäten fortschreibende Methodik anhand der Hill-Burton-Formel verwendet. Der

Ergebnisparameter dieses Planungsprozesses ist die Bettenzahl je Träger oder Standort. In einigen Bundesländern wird zusätzlich die Bettenzahl je Fachgebiet bzw. Fachabteilung festgelegt.<sup>5</sup> Manche Bundesländer verwenden bereits eine morbiditätsorientierte Methodik für ihre Planung, indem Prognosen und Entwicklungen von Krankheitsspektren berücksichtigt werden. Die Ausstattung eines Krankenhauses mit Personal und medizinisch-technischen Geräten bleibt von der Berücksichtigung im Krankenhausplan meist unberührt und obliegt der Verantwortung der einzelnen Häuser.

Ein Krankenhaus wird durch einen Feststellungsbescheid in den Krankenhausplan aufgenommen. Ein Anspruch auf Aufnahme in den Krankenhausplan besteht jedoch nicht. Dennoch ist es essenziell für Krankenhäuser, im Landeskrankenhausplan berücksichtigt zu werden. Einerseits orientiert sich die Investitionskostenfinanzierung der Länder an den im Landeskrankenhausplan festgelegten Kapazitäten der Häuser. Andererseits wird auf Grundlage des Landeskrankenhausplans mit den Krankenkassen über einen Mengenkorridor der zu erbringenden stationären Leistungen, die über diagnosebezogene Fallgruppen (Diagnosis Related Groups, DRGs) abgerechnet werden dürfen, verhandelt. Mit dem Krankenhausstrukturgesetz (KHSG) von 2015 wurde eine explizite Qualitätskomponente als relevante Größe für die Krankenhausplanung eingeführt. Krankenhäuser, die das geforderte Qualitätsniveau nicht erreichen, dürfen nach § 8 Abs. 1a KHG nicht in den Krankenhausplan aufgenommen werden. Allerdings wird nach § 8 Abs. 1c KHG das Qualitätsniveau prioritär durch die im Landesrecht vorgegebenen Qualitätsvorgaben bestimmt.

Der Status quo der Bedarfsplanung ist historisch über Jahrzehnte gewachsen und bedarf einer Modernisierung, um den Entwicklungen der letzten Jahre gerecht zu werden (unter anderen verbesserte Datenverfügbarkeit und medizinisch-technische Innovationen). Darüber hinaus existieren im Bereich der Finanzierung der Versorgung zahlreiche Fehlanreize, die durch eine Weiterentwicklung der Finanzierung behoben werden sollten. Im Folgenden werden die wesentlichen Empfehlungen für diesen Bereich aus dem aktuellen Gutachten des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR Gesundheit) skizziert.

### Weiterentwicklung der Krankenhausfinanzierung

Neben der Investitionsfinanzierung durch die Bundesländer aus Steuermitteln werden im stationären Sektor die Betriebskosten durch die Krankenkassen aus Versi-

<sup>4</sup> Vgl. Deutsche Krankenhausgesellschaft: Bestandsaufnahme zur Krankenhausplanung und Investitionsfinanzierung in den Bundesländern 2017 (Stand: August 2015).

<sup>5</sup> Zum Beispiel in Bremen, Niedersachsen, dem Saarland, Sachsen, Thüringen, vgl. ebenda.

chertenbeiträgen vergütet. Die Krankenhausfinanzierung in Deutschland basiert somit auf einem dualen Finanzierungssystem, das gegenwärtig allerdings mit zahlreichen Problemen behaftet ist. So reichen die vorhandenen Investitionsmittel der Länder, auch aufgrund der im internationalen Vergleich sehr hohen Krankenhausedichte, nicht aus, um die Investitionserfordernisse der Krankenhäuser zu decken. Deshalb generieren Krankenhäuser Überschüsse für die erforderlichen Investitionen zunehmend durch steigende Fallzahlen.<sup>6</sup> Somit produziert das DRG-System, trotz seiner Verdienste zur Erhöhung der Transparenz, zahlreiche Fehlanreize. Die dominante Rolle des DRG-Systems

<sup>6</sup> Vgl. A. Morton, K. Blum, M. Offermanns: Investitionsfähigkeit der deutschen Krankenhäuser, BDO AG Wirtschaftsprüfungsgesellschaft und Deutsches Krankenhausinstitut 2015.

## Autorinnen und Autoren des Zeitgesprächs



**Dr. Philip Wahlster** ist wissenschaftlicher Referent in der Geschäftsstelle des Sachverständigenrats zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR Gesundheit) in Berlin.



**Dr. Yauheniya Varabyova** ist wissenschaftliche Referentin in der Geschäftsstelle des SVR Gesundheit in Berlin.



**Prof. Dr. Jonas Schreyögg** ist Inhaber des Lehrstuhls für Management im Gesundheitswesen und wissenschaftlicher Direktor am Hamburg Center for Health Economics sowie Mitglied des SVR Gesundheit.



**Dr. Marc Bataille** ist leitender Analyst im wissenschaftlichen Stab der Monopolkommission in Bonn.



**Prof. Achim Wambach, Ph.D.**, ist Präsident des Zentrums für Europäische Wirtschaftsforschung (ZEW) Mannheim und Vorsitzender der Monopolkommission.



**Prof. Dr. Klaus Jacobs** ist Geschäftsführer des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIdO) in Berlin und Honorarprofessor an der Fakultät für Wirtschaftswissenschaften der Universität Duisburg-Essen.



**Dr. Melanie Schnee** ist Lehrkraft für besondere Aufgaben am Fachbereich Pflege und Gesundheit der Hochschule Fulda.



**Prof. Dr. Stefan Greß** vertritt das Fachgebiet Versorgungsforschung und Gesundheitsökonomie im Fachbereich Pflege und Gesundheit der Hochschule Fulda.



**Prof. Dr. Friedrich Breyer** lehrt Volkswirtschaftslehre an der Universität Konstanz. Er ist Mitglied im Wissenschaftlichen Beirat beim Bundesministerium für Wirtschaft und Energie.

in der Vergütung der Betriebskosten kann zur Mengenausweitung führen.<sup>7</sup> Zudem kann der Einhausansatz, d.h. die Annahme einheitlicher Kostenstrukturen über alle Versorgungsstufen hinweg, Krankenhäuser mit besonderen Versorgungsstrukturen benachteiligen. Der Einhausansatz bewirkt außerdem eine weiter fortschreitende Differenzierung des DRG-Systems durch die Ausweitung der Zahl der DRG und Zusatzentgelte.<sup>8</sup> Die dadurch entstandene Prozedurenorientierung des DRG-Systems führt zur Bevorzugung operativer versus konservativer Therapieformen. Auch die derzeitige Methode der Ermittlung von bundeslandspezifischen Basisfallwerten hat wettbewerbsverzerrende Wirkungen.<sup>9</sup>

Zur Weiterentwicklung der Investitionsfinanzierung hat der SVR Gesundheit zwei Lösungsoptionen vorgeschlagen. Die vom SVR Gesundheit präferierte Option zielt darauf ab, Krankenhäuser künftig monistisch durch die Krankenversicherungen zu finanzieren. Eine monistische Finanzierung würde planerische Einflussnahme auf die Kapazitäten mit der finanziellen Verantwortung verknüpfen, ist allerdings absehbar politisch nicht umsetzbar. Daher wurde eine weitere Lösungsoption entwickelt, die auf den bereits bestehenden Finanzierungsmechanismen aufbaut und eine Verstetigung des Strukturfonds<sup>10</sup> sowie eine Erweiterung dessen finanziellen Rahmens vorsieht. Damit soll der derzeitigen Unterfinanzierung in der Investitionsförderung bei gleichzeitigem Abbau der gegenwärtigen Überkapazitäten entgegengewirkt werden. Allerdings sollte der Bundesanteil statt durch den Gesundheitsfonds aus Steuermitteln getragen werden. Im Gegenzug sollte der Bund in Form einer permanenten Bund-Länder-Kommission Mitplanungskompetenzen in bundeslandübergreifenden Gebieten erhalten.

Um die Fehlanreize im DRG-System bei der Betriebskostenfinanzierung zu mindern, hat der Rat empfohlen, den Einhausansatz einer Überprüfung zu unterziehen. So würde eine Unterscheidung nach Versorgungsstufen – beispielsweise durch Multiplikatoren auf die Relativge-

wichte wie in Österreich<sup>11</sup> und der Schweiz<sup>12</sup> – sowohl für Kliniken der Grund- und Regelversorgung (Landkrankenhäuser) als auch für hochspezialisierte Maximalversorger und Universitätskliniken eine angemessenere Betriebskostenfinanzierung ermöglichen und auch eine Rückkehr von einer prozedurenbezogenen zu einer diagnosebezogenen Ausgestaltung der DRG befördern. Dafür bedarf es allerdings einer neuen bundeseinheitlichen und empirisch abgeleiteten Definition von Versorgungsstufen auf Fachabteilungsebene. Zudem hat der Rat eine Stärkung pauschaler Vergütungselemente gegenüber der derzeit ausgeprägten fallorientierten Vergütung befürwortet, indem beispielsweise ein definierter Vorhaltungsbedarf bedarfsnotwendiger Kliniken pauschal vergütet würde. Außerdem sollte das bereits bestehende Zweitmeinungsverfahren für mengenanfällige Eingriffe zu einer obligatorischen Maßnahme weiterentwickelt und/oder eine Dokumentations- und Begründungspflicht eingeführt werden. Zuletzt sollten faire Wettbewerbsbedingungen zwischen den Krankenhäusern gewährleistet werden, indem ein Bundesbasisfallwert mit einem Regionalisierungsfaktor entwickelt wird.

### Realisierung einer sektorenübergreifenden Angebotskapazitätsplanung und Versorgung

Eine sektorenübergreifende Versorgung ist in Deutschland aufgrund einiger struktureller Hürden immer noch nicht hinreichend realisiert. Die Haupthürden hierfür sind einerseits die getrennten und konzeptionell unterschiedlichen Vergütungssysteme für ambulante und stationäre Leistungen, andererseits die für beide Sektoren prozessual und methodisch getrennten Verfahren der Angebotskapazitätsplanung. Infolgedessen kommt es immer wieder zu Fehlanreizen und Koordinationsproblemen bei Patientenübergängen zwischen den Sektoren.

Insbesondere an der Schnittstelle zwischen dem ambulanten und stationären Sektor stehen dabei die Versorgungsstrukturen zunehmend unter Druck. Exemplarisch dafür ist die Notfallversorgung. Während der vertragsärztliche Bereitschaftsdienst immer weniger frequentiert wird, sind die Notfallambulanzen der Krankenhäuser zunehmend überlastet. Eine der Ursachen dieser Entwicklung ist ein sich änderndes Inanspruchnahmeverhalten der Patienten. Als Gründe für das vermehrte Aufsuchen von Notfallambulanzen wurden die 24-stündige Verfügbarkeit, Termin- und Koordinierungsschwierigkeiten in der ambulanten Versorgung und ein erwarteter Qualitätsvorteil bei der interdisziplinären

7 Vgl. J. Schreyögg, M. Bäuml, J. Krämer, T. Dette, R. Busse, A. Geisler: Forschungsauftrag zur Mengenentwicklung nach § 17b Abs. 9 KHG Endbericht, Hamburg Center for Health Economics, 2014.

8 Vgl. J. Schreyögg: Vorschläge für eine anreizbasierte Reform der Krankenhausvergütung, in: J. Klauber, M. Geraedts, J. Friedrich, J. Wasem (Hrsg.): Krankenhaus-Report 2017. Schwerpunkt: Zukunft gestalten, Stuttgart 2016, S. 13-25.

9 Vgl. F. Rau: Das Krankenhausstrukturgesetz in der Gesamtschau. in: Krankenhaus, 2015, H. 12, S. 1121-1139.

10 Die Länder können die Fördermittel des Strukturfonds für drei Bereiche verwenden: 1. Abbau von Überkapazitäten durch Schließung von Standorten und Abteilungen, 2. Verlagerung von Kapazitäten im Rahmen einer Konzentration, 3. Umwandlung von Krankenhäusern in andere Versorgungseinrichtungen.

11 Vgl. W. Fischer: Universitätsmedizin und DRGs. Eine Recherche in Österreich, Grossbritannien, den Niederlanden und den USA, Zentrum für Informatik und wirtschaftliche Medizin, Wolfertswil 2013.

12 Vgl. Leitungsausschuss Gesundheitsstatistik beider Basel: Die neue Spitalfinanzierung, Basel 2009.

linären Behandlung im Krankenhaus identifiziert.<sup>13</sup> Zugleich werden auch verstärkt ambulante Notfallpatienten aus den Notfallambulanzen stationär aufgenommen. Neben medizinischer Notwendigkeit tragen Vergütungsanreize zu dieser Entwicklung bei: Bei ambulanten Notfällen kann in den Notfallambulanzen lediglich nach dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab abgerechnet werden, was nach Aussage eines durch die Deutsche Krankenhausgesellschaft in Auftrag gegebenen Gutachtens nicht kostendeckend ist.<sup>14</sup> Zugleich wird die Behandlung eines Patienten nach stationärer Aufnahme über das für Krankenhäuser erheblich lukrativere DRG-System abgerechnet.

Die Verbindung aus geändertem Inanspruchnahmeverhalten, unterschiedlichen Vergütungsanreizen sowie fehlender Koordination zwischen dem ambulanten und stationären Sektor machen eine Reform des Notfallsystems notwendig. Daher hat der SVR Gesundheit ein Reformkonzept<sup>15</sup> entwickelt, das folgenden sektorenübergreifenden Prinzipien folgt: Eine integrierte Leitstelle, die Termine in einem interdisziplinären Notfallzentrum vergibt, ermöglicht eine gezielte, sektorenübergreifende Koordination der Patienten. Das an ein Krankenhaus angegliederte interdisziplinäre Notfallzentrum integriert die Notfallambulanz ebenso wie eine vertragsärztliche Bereitschaftsdienstpraxis unter einem Dach, sodass der Patient intuitiv das jeweils richtige Versorgungsangebot ansteuert. Jeder eintreffende Patient wird bei der Aufnahme möglichst von einem erfahrenen Generalisten eingeschätzt. Dieser ist über das Notfallzentrum angestellt, um einen Interessenkonflikt zur stationären Aufnahme des Patienten zu vermeiden. Dazu soll auch die Vergütung entsprechend unabhängig von dem derzeitigen ambulanten und stationären Vergütungssystem aus einem separaten extrabudgetären Finanzierungstopf erfolgen.

Diese Prinzipien wurden ebenso bei dem Reformkonzept des SVR Gesundheit zur Bedarfsplanung berücksichtigt. Hierbei sollte ebenfalls sektorenübergreifend aus einer Hand geplant werden. In einem ersten Schritt könnten dazu die – wie bereits beschrieben – recht unterschiedlichen Planungen zwischen Zulassungsausschuss und Krankenhausplanung harmonisiert werden. Weiterhin könnte man die Einführung eines dritten Planungsbereichs für Leis-

tungen, die sowohl ambulant als auch stationär erbracht werden können, in Erwägung ziehen. Am konsequentesten wäre die Planung aller ambulanten und stationären Kapazitäten in einem Gremium (beispielsweise durch Weiterentwicklung der Landesgremien nach §90 SGB V) auf regionaler Ebene, da hier die Versorgungssituation am besten eingeschätzt werden kann.

Zudem sollte die Planung weg von einer reinen Kapazitätsfortschreibung hin zu einer morbiditätsorientierten Planung entwickelt werden. Auch bei Beibehaltung einer fortschreibenden Angebotskapazitätsplanung könnte die Morbiditätsentwicklung modifizierend berücksichtigt werden, ähnlich wie bei der jährlichen Anpassung der morbiditätsorientierten Gesamtvergütung im vertragsärztlichen Bereich. Die konsequenteste Umsetzung einer morbiditätsorientierten Planung sollte allerdings nicht mehr ausgehend von bestehenden Kapazitäten, sondern direkt aus der Auswertung ambulanter und stationärer Morbiditätsdaten abgeleitet werden. Dabei könnten Morbiditäts- bzw. Diagnosedaten mit dem zu erbringenden Leistungsbedarf pro Diagnose verknüpft werden, um einen Gesamtleistungsbedarf berechnen zu können.

Parallel dazu kann eine Leistungsorientierung niedrigschwellig implementiert werden, indem die Zulassung von vertragsärztlichen Arztsitzen und Krankenhausbetten an die Erbringung eines bestimmten Leistungsspektrums gekoppelt wird. In einem nächsten Schritt sollten die zu planenden, ambulanten und stationären Einheiten (Arztsitze und Krankenhausbetten) hin zu Planungseinheiten in Arztstunden harmonisiert werden. Eine transparente Übersicht über die notwendigen Leistungen ermöglicht zudem die Vergabe von ambulanten und stationären Leistungsaufträgen dorthin, wo es medizinisch und ökonomisch am sinnvollsten ist.

Die Umsetzbarkeit einer sektorenübergreifenden Versorgungsplanung bedarf auch einer Reform der ambulanten und stationären Vergütungssysteme und deren Harmonisierung.<sup>16</sup> Die Ausarbeitung eines sektorenübergreifenden Vergütungssystems wird durch zahlreiche strukturelle Hürden erschwert, könnte allerdings auch schrittweise aus bereits bestehenden Strukturen weiterentwickelt werden. Die vom Gesetzgeber geforderte Ausarbeitung einer einheitlichen separaten, diagnosebezogenen Vergütungssystematik für die ambulant spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b Abs. 6 SGB V könnte mit der Ausarbeitung von Hy-

13 Vgl. C. Haas, M. Larbig, T. Schöpke, K. D. Lübke-Naberhau, C. Schmidt, M. Brachmann, C. Dodt: Gutachten zur ambulanten Notfallversorgung in Krankenhäusern – Fallkostenkalkulation und Strukturanalyse, Hamburg 2015; M. Schmiedhofer, M. Möckel, A. Slagman, J. Frick, S. Ruhla, J. Searle: Patient motives behind low-acuity visits to the emergency department in Germany: a qualitative study comparing urban and rural sites, in: *BMJ Open*, 11. Jg. (2016), H. 6, e013323.

14 Vgl. C. Haas et al., a. a. O.

15 Vgl. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR Gesundheit): Bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung, Gutachten 2018, Bonn, Berlin 2018, <https://www.svr-gesundheit.de/index.php?id=606> (20.8.2018).

16 Vgl. J.-O. Bock, K. Focke, R. Busse: Ein einheitliches Vergütungssystem für ambulante und stationäre ärztliche Leistungen – Notwendigkeit und Entwicklung, in: *Gesundheit und Sozialpolitik*, 2017, H. 6, S. 9-15.

brid-DRG<sup>17</sup> für Operationen, die sowohl ambulant als auch stationär erbracht werden können,<sup>18</sup> verknüpft werden. Weiterhin sollte eine stärkere Zusammenarbeit zwischen dem Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus und dem Institut des Bewertungsausschusses zu einer methodischen Harmonisierung zwischen der ambulanten und stationären Vergütungssystematik führen. Perspektivisch könnte sich so ein sektorenübergreifendes Vergütungssystem unabhängig vom Ort der Leistungserbringung entwickeln.

Bei der Reform der Bedarfsplanung sollte auch die Leistung von interdisziplinären Teams, die für die zukünftige Gesundheitsversorgung immer wichtiger werden,<sup>19</sup> explizit berücksichtigt werden. So könnten die Ergebnisse von Projekten zur Heilkundeübertragung (beispielsweise nach § 63 Abs. 3c SGB V) in die ärztliche Versorgungsplanung integriert werden. Die Leistungen von interdisziplinären Teams und Netzwerkstrukturen können aufgrund potenzieller Effizienzgewinne über die rein ärztliche Arbeitsleistung hinaus gezielt in die Versorgungsplanung einfließen.

## Fazit

Die Realisierung einer sektorenübergreifenden Versorgung bedarf sowohl grundlegender Reformen (wie im Bereich Bedarfsplanung und Vergütungssystematik) als auch zahlreicher Feinadjustierungen, um die Sektorengrenzen effektiv zu überwinden. Der Gesetzgeber kann der gemeinsa-

men Selbstverwaltung hierzu lediglich einen Reformrahmen mit den entsprechenden Anreizen liefern. Die tatsächliche Umsetzung müssen allerdings die Gremien der Selbstverwaltung leisten. Eingeschränkt wird die Realisierung einer sektorenübergreifenden Versorgung durch die oftmals widersprüchlichen Interessen von Krankenhäusern, Vertragsärzten und Krankenkassen. Insbesondere die Struktur des Gemeinsamen Bundesausschusses ist konzeptionell nicht immer für die Suche nach sektorenübergreifenden Versorgungslösungen ausgelegt. Exemplarisch hierfür ist die ambulante spezialfachärztliche Versorgung, die trotz ebensolcher Zielsetzung bislang keinen Durchbruch für eine sektorenübergreifende Struktur erbracht hat.<sup>20</sup> Um zu einer konstruktiven Versorgungslösung zu kommen, sollten interprofessionelle und kooperative Versorgungsangebote stärker berücksichtigt werden. Zur Realisierung einer sektorenübergreifenden Versorgungsplanung empfiehlt der SVR Gesundheit, die Planungsverantwortung an die regionalen Akteure zu delegieren, da diese die Versorgungssituation vor Ort am besten einschätzen können. Damit muss allerdings die Planungsverantwortung streng mit der Finanzierungsverantwortung verknüpft werden, um eine potenzielle Über- bzw. Unterversorgung zu verhindern. Ob darüber hinaus weiterer Reformbedarf in den Strukturen der Selbstverwaltung besteht, muss nach Umsetzung der ersten Schritte evaluiert werden. Die zunehmend komplexeren Versorgungspfade im Gesundheitssystem erhöhen die Notwendigkeit, den Patienten zum jeweils besten Versorgungsangebot zu steuern. Eine sektorenübergreifende Perspektive sowohl bei den Angebotskapazitäten als auch bei der nachfrageseitigen Patientensteuerung ist somit wesentlich für ein patientenzentriertes, bedarfsgerechtes Gesundheitssystem.

17 Vgl. G. Lehmann: Hybrid-DRG: Eine für alle, in: f&w führen und wirtschaften im Krankenhaus, 2/2016.

18 Vgl. GKV-Spitzenverband: Katalog ambulant durchführbarer Operationen und sonstiger stationärsersetzender Eingriffe gemäß § 115 b SGB V im Krankenhaus – Anlage 1 zum Vertrag nach § 115 b Abs. 1 SGB V, 2018, [https://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/krankenhaeuser/ambulante\\_kh\\_leistungen/ambulantes\\_operieren\\_115\\_b/ambulantes\\_operieren\\_115\\_b.jsp](https://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/krankenhaeuser/ambulante_kh_leistungen/ambulantes_operieren_115_b/ambulantes_operieren_115_b.jsp) (4.5.2018).

19 SVR Gesundheit: Bedarfsgerechte Versorgung, Perspektiven für ländliche Regionen und ausgewählte Leistungsbereiche, Gutachten 2014, Bern 2014.

20 C. Jenschke, A. Munte, S. Froschauer-Häfele, S. Pöttgen: Sektorengrenzen ade? Analyse der Entwicklung der Versorgungsstrukturen in der ASV, in: U. Repschläger, C. Schulte, N. Osterkamp (Hrsg.): Gesundheitswesen aktuell. Beiträge und Analysen, 1. Aufl., Barmer, Wuppertal 2017, S. 198-221.

Marc Bataille, Achim Wambach

## Bedarfsgerechte Steuerung von GKV-Leistungen im Wettbewerb? Was zu tun wäre!

Die Weiterentwicklung des Gesundheitssystems in Bezug auf eine effizientere Steuerung der Gesundheitsleistungen ist schon grundsätzlich kein einfaches Unterfangen, geht damit doch einher, den Behandlungsbedarf eines Patienten gegenüber dem eines anderen Patienten zu priorisieren. Denn klar ist, dass auch unter dem Anspruch,

jedem Patienten eine bestmögliche Versorgung zukommen zu lassen, nicht jeglicher subjektiv empfundene Bedarf nach Gesundheitsleistungen befriedigt werden kann. Eine Steuerung der Leistungen, durch die die begrenzten Ressourcen in der Gesundheitsversorgung bestmöglich eingesetzt werden, ist deshalb von allgemeinem Interes-

se. Dabei hat es im deutschen Gesundheitssystem Tradition, den Begriff der Steuerung direkt zu verstehen, das „medizinisch notwendige“ Leistungsangebot im Rahmen zentraler korporatistischer Prozesse zu identifizieren und diese daraufhin vorzugeben. Diese unmittelbare Bestimmung der Leistungen und Prozesse wird in jüngerer Zeit vermehrt durch Bestrebungen einer Selbststeuerung im Wettbewerb der handelnden Akteure ergänzt. Patienten, Krankenversicherungen und Leistungserbringer erhalten danach zusätzliche Freiheiten bei der Leistungsgestaltung. Doch an welchen Stellen sollte eine Weiterentwicklung des Gesundheitssystems nun zuvorderst ansetzen?

Nicht infrage steht, dass jedem Bürger die Gesundheitsversorgung gleichermaßen zuteil kommen soll. Ökonomen, die sich mit der Gestaltung des Gesundheitssystems beschäftigen, müssen deshalb die Besonderheit beachten, dass die Versorgungsleistungen möglichst unabhängig von konkreten Zahlungsbereitschaften der einzelnen Patienten erbracht werden müssen. Dadurch, dass jeder Patient unabhängig von Einkommens- oder Morbiditätskriterien zumindest grundsätzlich den gleichen Anspruch auf Versorgung im Krankheitsfall besitzt und dafür nicht persönlich aufkommen muss, sind einer Koordination über den Markt Grenzen gesetzt.

Die Berücksichtigung aus diesem Solidarsystem entstehender Ansprüche schränkt auch die Anwendung wettbewerblicher Mechanismen im Gesundheitswesen zunächst einmal ein. Dies ist auch ein Grund dafür, dass der Anspruch einer bedarfsgerechten Steuerung im deutschen Gesundheitswesen heute vor allem durch ein komplexes System aus Vorgaben verwirklicht wird. Um Gesundheitsleistungen effizienter zu erbringen, muss dieses Regelsystem fortwährend evaluiert und optimiert werden. Ein prominenter Vorschlag des jüngsten Gutachtens des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen<sup>1</sup> (SVR Gesundheit) zielt dabei auf die sogenannte hausarztzentrierte Versorgung. Diese beschreibt eine besondere Versorgungsform, nach der der Hausarzt als Koordinator für die Gesundheit der Versicherten eine stärkere Rolle erhält und als „Türöffner“ für die Facharztversorgung agiert. Viele Fachleute versprechen sich davon sowohl Qualitätssteigerungen als auch Kostensenkungen (unter anderem durch gezieltere Untersuchungen beim Facharzt). Nach der Einführung der hausarztzentrierten Versorgung im Jahr 2004 wurden die Krankenkassen 2007 verpflichtet, mit den Verbänden der Hausärzte besondere Verträge zu schließen und den Versicherten entsprechende Tarife im

Rahmen von Wahltarifen anzubieten. Gleichwohl haben nach Ansicht des SVR Gesundheit noch nicht genug Versicherte entsprechende Tarife abgeschlossen, weshalb die Empfehlung lautet, dass die Krankenkassen solche Tarife nun verbilligt anbieten sollen.<sup>2</sup> Obendrein empfiehlt der SVR Gesundheit, für die meisten Facharztkontakte ohne Hausarztkonsultation eine Kontaktgebühr einzuführen.<sup>3</sup> Die Versicherten sollen also monetäre Anreize erhalten, die Tarife der hausarztzentrierten Versorgung zu wählen.

Ob sich durch das bestehende Konzept der hausarztzentrierten Versorgung tatsächlich Effizienzvorteile erzielen lassen, ist empirisch betrachtet allerdings gar nicht so eindeutig.<sup>4</sup> Dies hat auch der SVR Gesundheit im Blick, wenn er neben der Förderung der hausarztzentrierten Versorgung empfiehlt, diese einer Evaluation zu unterziehen.<sup>5</sup> Aus diesem Beispiel wird auch deutlich, wie bedarfsgerechte Steuerung im deutschen Gesundheitssystem oftmals verstanden wird, nämlich als Konzept von zentraler Planung, Ausprobieren und Nachsteuerung durch veränderte Planung.

### Individuelle Versorgungssteuerung im Rahmen von „Managed Care“

Gerade in einem System aus zentraler Regelsetzung und Nachsteuerung ist die Suche nach besserem Wissen über die effizientesten Prozesse ein mühsamer Weg. Die Erfahrung zeigt, dass es zielführender sein kann, stattdessen den Wettbewerb als Entdeckungsverfahren zu nutzen, in dem Entscheidungen dezentral von unterschiedlichen Akteuren getroffen werden. Insofern ist es eine gute Nachricht, dass auch das deutsche Gesundheitssystem in den vergangenen Jahrzehnten von Entwicklungen beeinflusst wurde, die im Zusammenhang mit dem zunächst in den USA aufgekommenen Konzept der sogenannten „Managed Care“ stehen. Unter Managed Care wird gewöhnlich eine Organisationsform innerhalb eines Gesundheitssystems verstanden, bei dem die Versorgung von Patienten durch besondere Versorgungsverträge der Krankenversicherungen mit den Leistungserbringern bzw. mit von diesen gebildeten Organisationen gesteuert wird. Ziel ist es,

1 Vgl. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR Gesundheit): Bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung, Gutachten 2018, [https://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/user\\_upload/Gutachten/2018/SVR-Gutachten\\_2018\\_WEBSEITE.pdf](https://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/user_upload/Gutachten/2018/SVR-Gutachten_2018_WEBSEITE.pdf) (2.7.2018).

2 Ebenda, Tz. 828.

3 Ebenda.

4 Insbesondere lassen sich geringere Kosten durch die bisher geschlossenen Hausarztverträge anhand der Studien nicht eindeutig belegen; vgl. A. Freytag et al.: The impact of GP-centered healthcare – a case-control study based on insurance claims data, in: Deutsches Ärzteblatt Int., 113. Jg. (2016), S. 791-798; M. Klora et al.: Evaluation der hausarztzentrierten Versorgung anhand von GKV-Routinedaten der AOK Rheinland/Hamburg, in: Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen, 120. Jg. (2017), S. 21-30; G. Laux et al.: Evaluation der hausarztzentrierten Versorgung in Baden-Württemberg auf der Basis von Routinedaten der AOK, in: Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen, 107. Jg. (2013), S. 372-378.

5 Vgl. SVR Gesundheit: Gutachten 2018, a. a. O., Tz. 828.

die Versorgungsprozesse zielgerichtet zu optimieren, so dass eine Über-, Unter- und Fehlversorgung reduziert wird. Das Konzept hat zudem die Eigenschaft, dass es sich für eine enge Verzahnung mit wettbewerblichen Organisationsformen (sogenannte „Managed Competition“<sup>6</sup>) anbietet. Gelingt es auf Seiten der Krankenkassen, einen Wettbewerb um die besten Versorgungsangebote zu initiieren, so ergeben sich daraus Anreize, den Versorgungsbedarf zugleich qualitäts- und kostenoptimierend zu steuern. Eine hochwertige Versorgung für die eigenen Versicherten durch sogenannte „selektive Verträge“ mit Leistungserbringern zu organisieren, bringt einer Krankenkasse nämlich in zweierlei Hinsicht Wettbewerbsvorteile: Zum einen ist davon auszugehen, dass Versicherte bei ihrer Wahlentscheidung eine Kasse bevorzugen, die ein möglichst hochwertiges Leistungspaket anbietet. Zum anderen profitiert die Kasse davon, dass durch eine bessere Versorgung ihrer Versicherten diese später geringere Folgekosten verursachen.

In Deutschland haben die Krankenkassen schon vor über einem Jahrzehnt vermehrt Möglichkeiten erhalten, selektive Verträge mit Leistungserbringern zu schließen und die so kontrahierten Versorgungsleistungen ihren Versicherten als optionalen und kassenindividuellen Wahltarif anzubieten. Zu diesen Leistungsbereichen zählen diese besonderen Versorgungsformen, die neben der integrierten Versorgung nach § 140a SGB V z. B. auch das vom SVR Gesundheit adressierte Konzept der hausarztzentrierten Versorgung nach § 73b SGB V umfassen. Vor diesem Hintergrund drängt sich jedoch zugleich die Frage auf, wieso die heute bereits bestehenden Hausarzttarife dann einer Förderung bedürfen und sich nicht von selbst im Wettbewerb durchgesetzt haben? Genau letzteres sollte man erwarten, wenn mit diesen Tarifen die erhofften Qualitätsverbesserungen und Kostensenkungen einhergehen.

Da sich eine ähnlich unbefriedigende Beteiligung auch mit Blick auf die anderen besonderen Versorgungsformen konstatieren lässt,<sup>7</sup> liefert dieser Befund doch sehr stichhaltige Argumente, die wettbewerblichen Rahmenbedingungen näher zu untersuchen. Denn damit der Wettbewerb seine Selbststeuerungswirkung entfalten kann, müssen die Akteure Wettbewerb können und wol-

len! Anders ausgedrückt sind mindestens zwei Aspekte zu untersuchen: Erstens ist zu prüfen, ob die Krankenkassen grundsätzlich die geeigneten Instrumente und Möglichkeiten besitzen, um im Wettbewerb individuell effiziente Versorgungsstrukturen aufzubauen. Zweitens ist zu prüfen, ob die Krankenkassen aus dem Beitragssystem die richtigen Anreize erhalten, um nach den effizientesten Versorgungsstrukturen für ihre Versicherten zu suchen.

### Inkonsequente Ausgestaltung der besonderen Versorgungsformen

Werden von allen Kassen verpflichtend die gleichen Leistungen von Ärzten, Krankenhäusern und anderen Leistungserbringern zu den gleichen Preisen eingekauft, kann der Wettbewerb keine bessere Versorgung hervorbringen. Damit die Krankenkassen im Wettbewerb um Versicherte optimale Versorgungsstrukturen schaffen können, sind Freiheiten bei der Gestaltung des Leistungsangebots somit unerlässlich. Auf der anderen Seite sind solche Freiheiten aber unerwünscht, wenn dadurch die Gefahr besteht, dass Kassen Versorgungsleistungen gar nicht anbieten und den Versicherungsumfang reduzieren. Dieses Dilemma lässt sich auflösen, wenn die Frage, „ob“ eine bestimmte Versorgung von der Kasse geleistet werden soll, eher durch Regulierung beantwortet wird, während das „wie“ und das „durch wen“ der individuellen Entscheidung der Kassen überlassen werden. Wie dies konkret aussehen könnte, lässt sich bereits heute an den besonderen Versorgungsformen ersehen, die teilweise individuelle Verträge der Kassen mit den Leistungserbringern ermöglichen und den Versicherten als Wahltarife und Alternativen zur einheitlichen Regelversorgung angeboten werden können.

Ogleich der Ansatzpunkt kassenindividueller Verträge für die besonderen Versorgungsformen grundsätzlich gut gedacht ist, bedarf die entsprechende Regulierung doch dringend einer Reform. Denn bisher ist die Regulierung eher restriktiv ausgestaltet und schützt so vor allem die Leistungserbringer vor Wettbewerb. Beispiele für diese Defizite lieferte zuletzt das im Jahr 2017 veröffentlichte Sondergutachten der Monopolkommission zu den Krankenversicherungsmärkten, in dem der Bundesregierung eine Reihe von wettbewerblichen Reformen empfohlen wird.<sup>8</sup> Einige Beispiele lassen die Defizite sehr deutlich werden:

- Im Rahmen der hausarztzentrierten Versorgung hat der Gesetzgeber festgelegt, dass die Kassen verpflichtet werden, Hausarztverträge mit Verbänden der Haus-

6 Vgl. A. C. Enthoven: The History and Principles of Managed Competition, in: Health Affairs, 12. Jg. (1993), H. 1, S. 24-48.

7 Im Jahr 2014 waren gerade einmal 16,1 % der Versicherten in einem entsprechenden Wahltarif für die besonderen Versorgungsformen eingeschrieben; vgl. GKV-Spitzenverband: Faktenblatt Thema: Wahltarife der gesetzlichen Krankenkassen nach § 53 SGB V, 2018; <https://sozialversicherung-kompetent.de/krankenversicherung/sonstiges/841-wahltarife.html> (4.9.2018). Die geringe Nutzung konstatiert auch der SVR Gesundheit; vgl. SVR Gesundheit: Wettbewerb an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Gesundheitsversorgung, Sondergutachten 2012, Bundestags-Drucksache 17/10323 vom 10.7.2012.

8 Vgl. Monopolkommission: Stand und Perspektiven des Wettbewerbs im deutschen Krankenversicherungssystem, 75. Sondergutachten, Baden-Baden 2017.

ärzte zu schließen, die mindestens 50 % der Hausärzte in einem Gebiet vertreten. Damit wurde dem Vertragspartner auf Seiten der Hausärzte faktisch ein Monopol eingeräumt und ein Wettbewerb zwischen Hausärzten um Verträge ausgeschlossen. Die Kassen haben somit nicht die Möglichkeit, Hausärzte nach eigenen Kriterien unter Vertrag zu nehmen. Vielmehr sind sie verpflichtet einen Vertrag mit einem Monopolisten zu schließen, wodurch die Chancen auf ein allokativ effizientes Verhandlungsergebnis geschmälert werden.

- Im Bereich der integrierten Versorgung müssen die Kassen weiterhin beim Bundesversicherungsamt nach spätestens vier Jahren nachweisen, dass ihre Investitionen in neue Behandlungsprogramme ertragreich waren. Investitionen, die einem Risiko unterliegen, wie dies in einem Wettbewerb auf der Suche nach besserem Wissen üblich ist, sind damit erheblich erschwert.
- Weiter hat der Gesetzgeber die Kassen kürzlich durch § 110a SGB V verpflichtet, mit Krankenhäusern selektive Qualitätsverträge zu schließen. Gleichzeitig ist es den Kassen jedoch nicht ermöglicht worden, auch Wahltarife anzubieten, die die Krankenhauswahl bei selektiven Behandlungen auf die qualitätsgeprüften Vertragskrankenhäuser einschränken. Dies hätte den Wettbewerb zwischen Krankenhäusern um Qualitätsverträge entfacht.
- Im Bereich der Digitalisierung gehen die Kassen kaum wettbewerbsfähig vor und warten auf zentrale Vorgaben. Innovative Tarifmodelle, die etwa eine vorgeschaltete digitale Sprechstunde vorsehen, lassen sich derzeit kaum rechtssicher gestalten.

### Zu geringes Interesse der Kassen an gesunden Versicherten

Hinsichtlich der Frage, ob die Kassen denn zumindest die nötigen Anreize geben können, um die Versorgung ihrer Versicherten zu optimieren, führt die Überlegung schnell zur Einnahmenreallokation im Rahmen des Risikostrukturausgleichs (RSA). Weitgehend unstrittig ist heute, dass es für einen Wettbewerb zwischen den Krankenkassen eines RSA bedarf. Denn aus Gründen der Solidarität sollen sich die für die Versicherung in der Gesetzlichen Krankenversicherung zu entrichtenden Beiträge nicht an den erwarteten Kosten für einen individuellen Versicherten orientieren, so wie es bei einem privatwirtschaftlichen Krankenversicherungssystem der Fall ist. Gäbe es keinen RSA, der die Höhe der Beiträge für einen Versicherten durch den RSA nachträglich korrigiert, könnten die Krankenkassen ihre Kosten optimieren, indem sie Versorgungsstrukturen für teure Versicherte mit geringen Beiträ-

gen möglichst unattraktiv gestalten. Ein solcher Wettbewerb wäre offensichtlich kontraproduktiv.

Ein RSA ist also notwendig für einen Wettbewerb um die beste Versorgung. Um den Krankenkassen keine Anreize zu einem Wettbewerb um Versicherte mit guten Risiken zu bieten, ist der RSA allerdings sehr komplex geworden und bedarf einer stetigen Nachsteuerung.<sup>9</sup> Zugleich ist die Bedeutung des Mechanismus für die Kassen immens, werden doch heute durch ihn Einnahmen von mehr als 200 Mrd. Euro neu verteilt. Nachvollziehbar ist daher, dass mittlerweile jede Kasse über eine eigene RSA-Division verfügt, die ihrerseits hohe Ressourcen in individuell optimale Vorschläge zur Anpassung des Ausgleichsmechanismus lenkt. Dies wäre womöglich als „Kosten des Wettbewerbs“ zu tolerieren, wenn es hier vor allem um Feinheiten ginge, während der Mechanismus im Groben die richtige Richtung vorgibt.

Doch genau daran hat die Monopolkommission im vergangenen Jahr erhebliche Zweifel geäußert.<sup>10</sup> Denn grundsätzlich besitzt der RSA zweierlei Ziele. Zum einen sollen die Kassen sich im Wettbewerb um die Gewinnung von Versicherten bemühen, und zwar unabhängig von deren individuellen Eigenschaften wie Einkommen und Morbidität. Zum anderen – und dieser Aspekt wurde bisher vernachlässigt – sollen die Kassen auch monetäre Anreize erhalten, ihre im Wettbewerb gewonnenen Versicherten möglichst so zu versorgen, dass diese gesund bleiben. Für letzteres Ziel muss jede Kasse jedoch eine unternehmerische Überlegung anstellen: Investiert sie ihr Budget in die Optimierung der Versorgung eines erkrankten Versicherten, so entstehen ihr zunächst einmal zusätzliche Kosten. Die Investition rentiert sich für sie dann, wenn sie aufgrund einer besseren gesundheitlichen Konstitution des Versicherten zukünftige Versorgungsausgaben einspart. Da im RSA die Auszahlungen für Versicherte morbiditätsorientiert erfolgen, erhält eine Kasse bei Verschlechterung des Gesundheitszustandes ihrer Versicherten für diesen allerdings mehr Geld bzw. bei einer Verbesserung des Gesundheitszustands weniger

9 Zuletzt wurde der Wissenschaftliche Beirat zur Weiterentwicklung des RSA vom Gesundheitsministerium beauftragt, in zwei Sondergutachten mögliche Fehlsteuerungen durch den RSA zu evaluieren. Die Gutachten erschienen 2017 und 2018: Wissenschaftlicher Beirat zur Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs: Sondergutachten zu den Wirkungen des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs, Bonn, 27.11.2017, [https://www.bundesversicherungsamt.de/fileadmin/redaktion/Risikostrukturausgleich/20180125Sondergutachten\\_Wirkung\\_RSA\\_2017\\_korr.pdf](https://www.bundesversicherungsamt.de/fileadmin/redaktion/Risikostrukturausgleich/20180125Sondergutachten_Wirkung_RSA_2017_korr.pdf) (27.11.2017); ders.: Gutachten zu regionalen Verteilungswirkungen, Bonn, 28.6.2018, [https://www.bundesversicherungsamt.de/fileadmin/redaktion/Risikostrukturausgleich/Wissenschaftlicher\\_Beirat/20180710webGutachten\\_zu\\_den\\_regionalen\\_Verteilungswirkungen\\_2018.pdf](https://www.bundesversicherungsamt.de/fileadmin/redaktion/Risikostrukturausgleich/Wissenschaftlicher_Beirat/20180710webGutachten_zu_den_regionalen_Verteilungswirkungen_2018.pdf) (29.6.2018).

10 Vgl. Monopolkommission, a. a. O., Tz. 71 ff.

Geld. Die Überlegung, in die Gesundheit der Versicherten zu investieren, geht somit nicht mehr auf.

Wie schwerwiegend die Folgen der dadurch bedingten Fehlsteuerung sind, lässt sich gerade anhand der Leistungen ersehen, bei denen die selektiven Versorgungsformen einen erheblichen Einfluss haben: der Versorgung chronisch Kranker. Nur wenn die Kassen einen Anreiz erhalten, z. B. für einen Diabetes-Patienten frühzeitig nach den besten Versorgungsformen zu suchen, werden teure Folgeerkrankungen reduziert. Ähnliches gilt auch bei diversen weiteren Indikationen, etwa für MS-Patienten oder die Behandlung von Hepatitis-C-Patienten mit einem neuen Kombinationswirkstoff. Krankenkassen werden nur dann eigene Anreize haben, attraktive Behandlungsprogramme für ihre Versicherten zu entwickeln und entsprechende Verträge mit Leistungserbringern zu schließen, wenn sie dadurch eher finanzielle Vorteile als zusätzliche Kosten haben.

Der Konstruktionsfehler des RSA, der diese Fehlsteuerung auslöst, ist jedoch nicht leicht zu beheben, weil der Morbiditätsausgleich zugleich notwendig ist, damit die Kassen morbide Versicherte überhaupt attrahieren wollen. Im wissenschaftlichen Raum wird jedoch ein Vorschlag der Nachsteuerung diskutiert, der darauf zielt, die Beiträge, die eine Kasse für ihre Versicherten erhält, um die Häufigkeit von Neuerkrankungen bzw. Morbiditätsverschlechterungen im Versicherungsstamm zu korrigieren.<sup>11</sup> Eine Kasse, die ihre Versicherten überdurchschnitt-

lich gesund hält, bekäme Zuschläge; eine Kasse, der dies besonders schlecht gelingt, müsste dagegen zahlen.<sup>12</sup>

### Fazit: Strukturen schaffen für mehr Wettbewerb

Es erscheint erstaunlich, dass es bisher erst wenig gelungen ist, die wettbewerblichen Ansätze in der gesetzlichen Krankenversicherung für die Leistungssteuerung im Gesundheitswesen nachhaltig zu aktivieren. Zugleich lässt eine nähere Analyse der bestehenden Rahmenbedingungen die Gründe doch sehr deutlich werden. Es darf wohl kaum verwundern, dass sich die Kassen im Wettbewerb nicht um die besten Verträge mit Leistungserbringern bemühen, wenn ihnen einerseits durch die derzeitigen Finanzierungsströme im RSA Versorgungsanreize genommen werden und andererseits Freiheiten einer wettbewerblichen Vertrags- und Tarifgestaltung versperrt sind. Bei aller Berechtigung solcher Vorschläge zur Weiterentwicklung des Gesundheitssystems, die eine direkte Regulierung des Leistungsangebots betreffen, wäre es zugleich töricht, die enormen Effizienzchancen, die eine Verbesserung der wettbewerblichen Selbststeuerung bietet, ungenutzt zu lassen.

Um letztere zu nutzen, wäre es dringend erforderlich, die Anreizproblematik im RSA anzugehen, sodass die Kassen marktkonforme Anreize erhalten, um hochwertige Behandlungsprogramme zu entwickeln und entsprechende Tarife zu gestalten. Flankierend müssen die Möglichkeiten der Kassen zur eigenständigen Vertrags- und Tarifgestaltung so erweitert werden, dass ein Wettbewerb um Versorgungsverträge in Gang kommen kann. Zu wünschen wäre dies vor allem den Patienten.

11 Vgl. K. Eggleston, R. P. Ellis, M. Lu: Risk Adjustment and Prevention, in: Canadian Journal of Economics, 45. Jg. (2012), H. 4, S. 1586-1607.

12 Vgl. Monopolkommission, a. a. O., Tz. 82 f.

Klaus Jacobs

## Steuerung der Gesundheitsversorgung: mehr Konsistenz erforderlich, mehr Wettbewerb wünschenswert

Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR Gesundheit) befasst sich in seinem aktuellen Gutachten schwerpunktmäßig mit Fragen der Steuerung der Gesundheitsversorgung.<sup>1</sup> Das ist zu begrüßen, denn schließlich füllen Defizitanaly-

sen und gezielte Vorschläge zur Organisation einer qualitativ hochwertigen und effizienten Versorgung auf der Makro- und Mikroebene inzwischen Bibliotheken, allein in Gestalt der zwanzig Gutachten, die der SVR Gesundheit seit seiner Gründung vor rund 30 Jahren selbst vorgelegt hat. Es steht längst außer Frage, dass speziell die starre Segmentierung der Versorgungslandschaft mit ihren Partikularzuständigkeiten für einzelne Versorgungsaspekte und -phasen bei gleichzeitiger Abwesenheit einer auf die

1 Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR Gesundheit): Bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung. Gutachten 2018, Bonn/Berlin 2018.

Patienten ausgerichteten organisatorischen und finanziellen Gesamtverantwortung für teilweise beträchtliche Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitsdefizite verantwortlich ist. Bereits die Titel früherer Ratsgutachten verweisen auf entsprechende Handlungserfordernisse, denn dort ist wiederholt von „Koordination und Qualität“, „Kooperation und Verantwortung“ oder „Koordination und Integration“ die Rede. Deshalb ist jetzt vor allem die Frage relevant, wie diese Erkenntnis endlich den Versorgungsalltag erreicht, wobei es hierzu in der Vergangenheit bereits einige Fehlversuche gegeben hat.

### Steuerungsdefizite aufgrund unzureichender Zielgenauigkeit und Inkonsistenz der Instrumente

Bereits zu Beginn seines Gutachtens spricht sich der SVR Gesundheit angesichts der Existenz gleichzeitiger Über-, Unter- und Fehlversorgung für eine gezieltere Steuerung aus, und zwar sowohl in Bezug auf das Versorgungsangebot als auch auf dessen Inanspruchnahme durch die Patienten. Dabei weist er darauf hin, dass „auf der Angebotsseite grundsätzlich drei verschiedene Koordinationsmechanismen, die alle bereits im deutschen Gesundheitswesen genutzt werden, eine mehr oder weniger zielorientierte Steuerungsfunktion übernehmen (können): Neben Markt- und Preismechanismen (Beispiel: Arzneimittel-Rabattverträge) können korporative Koordination (Beispiel: Selbstverwaltung durch Körperschaften des öffentlichen Rechts) oder öffentliche Planung bzw. budgetäre Willensbildung (Beispiel: Krankenhausplanung und -finanzierung) eine allokativen Funktion übernehmen und damit eine Steuerungswirkung zur Optimierung der Versorgungsstrukturen ausüben“<sup>2</sup>.

Wer nun allerdings eine kritische Bestandsaufnahme der Funktionalität dieser drei Steuerungskonzepte im Hinblick auf unterschiedliche Versorgungsaufgaben erwartet hätte, um daraus abzuleiten, welche Mechanismen für welche Aufgaben besser oder weniger gut geeignet sind, wird enttäuscht. Eine differenzierte Analyse dieser Art findet nicht statt. Dabei erscheint es unmittelbar plausibel, dass etwa zur Sicherung einer qualifizierten onkologischen Versorgung in ländlich strukturierten Regionen andere Steuerungsstrukturen zweckmäßig sind als z.B. für die primärärztliche Grundversorgung in Ballungsräumen oder für die Versorgung mit planbaren Operations- und Nachsorgeleistungen, etwa bei der Knie- und Hüft-Endoprothetik.

Steuerungsdefizite gibt es aber nicht nur, weil einzelne Instrumente nicht hinreichend zielgerichtet wirken können, etwa aufgrund mangelnder Berücksichtigung unter-

schiedlicher regionaler Konstellationen in wachsenden Ballungszentren auf der einen und schrumpfenden ländlichen Räumen auf der anderen Seite. Wie der gelegentlich im Kontext der Gesundheitsversorgung verwendete Begriff des „Steuerungswirrwarrs“ erkennen lässt, können Steuerungsdefizite vor allem auch aus dem inkonsistenten Neben- und Durcheinander unterschiedlicher Steuerungsmechanismen resultieren, die deshalb niemals isoliert betrachtet werden sollten. Das gilt insbesondere auch im Hinblick auf Dysfunktionalitäten wettbewerblicher Versorgungssteuerung durch Selektivverträge. Deren Rahmenbedingungen waren nämlich noch zu keinem Zeitpunkt so ausgestaltet, dass der Krankenkassenwettbewerb auf dem Versicherungsmarkt (Kassen – Versicherte) über den Leistungsmarkt (Kassen – Leistungserbringer) auf den Behandlungsmarkt (Versicherte/Patienten – Leistungserbringer) hätte durchschlagen können, wie es dem Konzept der Solidarischen Wettbewerbsordnung entspricht.<sup>3</sup>

Dass sich der SVR Gesundheit nicht sehr viel intensiver mit vertragswettbewerblichen Steuerungspotenzialen und ihren Erfolgsbedingungen befasst hat, ist unverständlich. Das gilt gerade angesichts der seit rund drei Jahren intensiv geführten gesundheitspolitischen Debatte zur Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs (RSA), also des maßgeblichen Schlüssels zur Verteilung der Finanzmittel aus dem Gesundheitsfonds an die gesetzlichen Krankenkassen. Vor diesem Hintergrund hätte es sich eigentlich geradezu aufdrängen müssen, die aktuelle Auseinandersetzung über die zweckmäßige Ausgestaltung des RSA als einem zentralen Ordnungselement des Kassenwettbewerbs aufzugreifen und ihre „offene Flanke“, die Diskussion über sinnvolle Wettbewerbsinhalte, durch eine Analyse der Erfolgsbedingungen von funktionalem Kassen- und Vertragswettbewerb zur Verbesserung von Qualität, Wirtschaftlichkeit und Präferenzgerechtigkeit der Gesundheitsversorgung zu schließen. Dazu hätten allerdings die Kapitel im Abschnitt „Zukunftsperspektiven“ des Gutachtens inhaltlich sehr viel enger miteinander verknüpft werden müssen. Das gilt speziell für das Kapitel zu konkreten Ansätzen sektorenübergreifender Versorgung im Status quo einschließlich der selektivvertragsbasierten besonderen Versorgungsformen, für das Kapitel zur Steuerung der Patientenwege und für das Kapitel zur sektorenübergreifenden Versorgungsplanung. Für deren Umsetzung werden vertragswettbewerbliche Modelle nicht einmal optional diskutiert,

<sup>2</sup> Ebenda, Ziffer 9.

<sup>3</sup> D. Cassel, K. Jacobs, C. Vauth, J. Zerth (Hrsg.): Solidarische Wettbewerbsordnung. Genese, Umsetzung und Perspektiven einer Konzeption zur wettbewerblichen Gestaltung der Gesetzlichen Krankenversicherung, Heidelberg 2014.

obwohl hierzu einschlägige Reformvorschläge vorliegen.<sup>4</sup> Jetzt stehen diese Kapitel inhaltlich weithin unverbunden nebeneinander.

### Erfolgsbedingungen wirksamer Wettbewerbssteuerung

Im Unterschied zum SVR Gesundheit haben sich zwei Gutachten anderer Expertengremien zuletzt dezidiert für eine Forcierung der wettbewerblichen Steuerung in der Gesundheitsversorgung ausgesprochen: das 2017 vorgelegte Sondergutachten der Monopolkommission<sup>5</sup> sowie das im Sommer 2018 veröffentlichte Gutachten des Wissenschaftlichen Beirats beim Bundesministerium der Finanzen.<sup>6</sup> In beiden Gutachten wird für die deutliche Erweiterung vertragswettbewerblicher Handlungsspielräume von Krankenkassen und Leistungserbringern plädiert. Beide Gutachten schlagen zudem vor, die selektivvertraglichen Vereinbarungen auf dem Leistungsmarkt mit entsprechenden Wahlтарifen auf dem Versicherungsmarkt zu verknüpfen, was schließlich seinen Niederschlag auf dem Behandlungsmarkt findet, wenn die Versicherten im Versorgungsfall zu Patienten werden. Der wissenschaftliche Beirat beim Bundesfinanzministerium spricht von einem „Versorgungsmanagement-Tarif“, bei dem sich Versicherte freiwillig in ein „Preferred-Provider-Modell“ ihrer Krankenkasse einschreiben können. Bereits die knappe Darstellung dieser wettbewerbsorientierten Steuerungsmodelle verweist auf die Bedeutung der Verknüpfung von Versicherten- und Versorgungssteuerung sowie auf den Stellenwert freiwilliger Wahlentscheidungen im Interesse einer hohen Legitimation des gewählten Steuerungskonstrukts.

In beiden Gutachten kommt aber eine dritte wesentliche Erfolgsbedingung für das Zustandekommen von Selektivverträgen zu kurz. Gerade sie verweist unmittelbar auf das Problem möglicher Inkonsistenzen beim gleichzeitigen Einsatz unterschiedlicher Steuerungskonzepte. Vertragsärzte und Medizinische Versorgungszentren, die auf der Basis zentraler Bedarfsplanung zur ambulanten ärztlichen Versorgung zugelassen sind, haben einen Vergütungsanspruch gegenüber den Krankenkassen. Damit sind sie kollektivvertraglich auf einem sehr

auskömmlichen Honorarniveau abgesichert, sodass es sich für sie kaum lohnt, auf selektivvertraglicher Grundlage mehr Produktivität und Qualität der Versorgung anzustreben und dafür gegebenenfalls auch eigene Investitionsrisiken einzugehen. Selektivverträge sind somit fast schon zu einem Synonym für zusätzliche Vergütung geworden. Diesem Problem wäre nur durch eine Lockerung des Kontrahierungszwangs der Krankenkassen gegenüber allen auf Basis der sektoralen Bedarfsplanung zugelassenen Leistungserbringern beizukommen.

### Wettbewerbskepsis und Planungsgläubigkeit in der Politik

Davon ist jedoch im Gutachten des SVR Gesundheit keine Rede. Im Gegenteil: Der Rat will das System der planungsbasierten Zulassung mit Kontrahierungszwang auch für die sektorenübergreifende Versorgung einführen. Wer einem regionalen Planungsgremium mit Strukturen ähnlich dem Gemeinsamen Bundesausschuss nicht nur eine bedarfsgerechte „sektorenübergreifende Angebotskapazitätsplanung“, sondern vor allem auch die praktische Umsetzung der Planungsergebnisse zuweist, muss ein beachtliches Vertrauen in die Funktionstüchtigkeit von zentraler Planwirtschaft auf der einen und gemeinsamer Selbstverwaltung auf der anderen Seite haben. Für die Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) stellt die strikte Trennung der Versorgungssektoren geradezu die Existenzgrundlage dar. Entsprechend war ihre Lesart der Devise „ambulant vor stationär“ zumindest bislang immer „KV vor Krankenhaus“, eine aus Patientensicht weithin irrelevante, auf jeden Fall nachgeordnete Sicht. Für die ambulant tätige Ärzteschaft – zumindest für ihre Verbandsfunktionäre – ist diese Frage dagegen von entscheidender Bedeutung. Das dürfte sich auch in Zukunft kaum ändern. Im Grunde ist bereits der Begriff „sektorenübergreifend“ insoweit verräterisch, als er keineswegs das Ziel der Bedarfsgerechtigkeit der Patienten in den Mittelpunkt stellt, sondern ein rein institutionell abgeleitetes Konstrukt ist. In jedem Fall dürften sich bei der Realisierung des vom SVR Gesundheit propagierten Planungs- und Sicherstellungsmodells die Voraussetzungen für das Zustandekommen von Selektivverträgen weiter verschlechtern.

Es wäre wohl keine große Überraschung, wenn die Bund-Länder-Arbeitsgruppe, die laut Koalitionsvertrag von CDU/CSU und SPD neue Rahmenbedingungen für die sektorenübergreifende Versorgung entwickeln soll, zu recht ähnlichen Vorschlägen kommt wie der SVR Gesundheit – vielleicht mit noch etwas mehr Planungsbeteiligung der Länder. Wettbewerb hat in der Gesundheitspolitik derzeit jedenfalls keine Konjunktur. Warum ist das so? Ein Grund dürfte darin liegen, dass Wettbewerbssteuerung der Gesundheitspolitik hinsichtlich ihrer Ergebnisse zu

4 Vgl. etwa K.-H. Schönbach, H.-G. Faust: Von einer planlosen Überversorgung zur sektorenübergreifenden Versorgungsplanung, in: Gesundheits- und Sozialpolitik, 66. Jg. (2012), H. 4, S. 8-15; K.-H. Schönbach: Wettbewerb in einem korporatistischen System mit Kontrahierungszwang: ein Fehlversuch?, in: Gesundheits- und Sozialpolitik, 69. Jg. (2015), H. 3-4, S. 16-23.

5 Monopolkommission: Stand und Perspektiven des Wettbewerbs im deutschen Krankenversicherungssystem, Sondergutachten 75, Bonn 2017.

6 Wissenschaftlicher Beirat beim Bundesministerium der Finanzen: Über- und Fehlversorgung in deutschen Krankenhäusern. Gründe und Reformoptionen, Berlin 2018.

ungewiss ist. Nicht nur Gesundheitsminister wollen konkrete Ergebnisse zügig realisiert sehen, aber keine ergebnisoffenen Prozesse. Gleichzeitig ist das Vertrauen in die Funktionsfähigkeit zentraler Plan- und Kollektivwirtschaft bei Gesundheitspolitikern und vielen weiteren Akteuren im Gesundheitssystem nach wie vor erstaunlich ausgeprägt. Das zeigt z. B. auch der zentrale Innovationsfonds, durch den sogar Versorgungsinnovationen korporativ vereinbart und gefördert werden sollen.<sup>7</sup> Zudem werden für Wohltaten in diesem Bereich keine öffentlichen Haushaltsmittel benötigt; ein Griff in die Sozialversicherungskassen ist deutlich einfacher.

Ein zweiter Grund für die verbreitete Wettbewerbskepsis dürfte in dem ausgeprägten Wunsch nach Gleichheit und Einheitlichkeit liegen. Zumindest der Anschein von Gleichheit in der Versorgung soll auf jeden Fall gewahrt bleiben, und zwar in Bezug auf den Zugang zu Versorgungsleistungen wie auf ihre Qualität. Dazu passt Wettbewerb aber nur sehr bedingt, denn er resultiert aus Wahlmöglichkeiten, die unterschiedliche Angebote voraussetzen. So sind unterschiedliche Tarifangebote der Kassen, die ihre Aktivitäten im Vertrags- und Versorgungsmanagement widerspiegeln, eine maßgebliche Triebfeder im versorgungsorientierten Kassenwettbewerb. Zudem können Angebotsunterschiede unterschiedlichen Präferenzen der Versicherten entsprechen, etwa bezüglich der Bereitschaft, die eigene Autonomie im Versorgungsfall im Rahmen von Managed-Care-Modellen freiwillig einzuschränken.

### Konsensorientierung der Sachverständigen

Der SVR Gesundheit kennt die Wettbewerbskepsis der Politik natürlich gut und hat zugleich zur Kenntnis nehmen können, dass die Monopolkommission und der Beirat beim Bundesfinanzministerium mit ihren dezidiert wettbewerbsorientierten Reformvorschlägen auf keine große Resonanz gestoßen sind. Er selbst beschreitet demgegenüber einen eher konsensorientierten Weg, indem er praktisch allen etwas anbietet. „70 Empfehlungen für eine bessere Versorgung“ titelte die Ärzte-Zeitung zur öffentlichen Vorstellung des Gutachtens. Nur klappt die Steuerung komplexer Strukturen und Prozesse leider nicht, indem der Politik ein umfangreicher Katalog an Empfehlungen offeriert wird, aus dem sie sich bedienen kann, ohne dass auf die Konsistenz der ergriffenen Maßnahmen geachtet wird. Dass das Reformkonzept des SVR Gesundheit für die Notfallversorgung demgegenüber einen sehr konsistenten Eindruck macht, erklärt sich bereits aus dem Umstand, dass es sich

hier unbestritten um einen wettbewerblichen Ausnahmehereich handelt. Ansonsten aber scheint keineswegs gewährleistet, dass die Realisierung der Reformvorschläge tatsächlich zu einer gezielteren Versorgungssteuerung führen würde, zumindest nicht im propagierten Interesse von mehr Bedarfsgerechtigkeit für die Patienten.

Politischer Opportunität trägt der SVR Gesundheit schließlich auch in einer anderen Frage Rechnung, denn die Privatversicherten kommen in seinem Gutachten praktisch nicht vor. Zwar zitiert er einleitend seinen gesetzlichen Auftrag, nämlich „Gutachten zur Entwicklung der gesundheitlichen Versorgung mit ihren medizinischen und wirtschaftlichen Auswirkungen zu erstellen“, doch befasst er sich mit den Rahmenbedingungen der gesundheitlichen Versorgung von rund 10 % der Bevölkerung so gut wie gar nicht. Dazu gehören nicht zuletzt auch die beihilfeberechtigten Beamten, mutmaßlich einschließlich der Mitglieder des SVR Gesundheit als beamtete Hochschul-lehrer selbst. Dabei ist das Nebeneinander von gesetzlicher und privater Krankenversicherung (GKV, PKV) gerade für die Steuerung der Gesundheitsversorgung höchst relevant, wie etwa die aktuelle Debatte zur sogenannten Zwei-Klassen-Medizin zeigt, sei diese nun real, gefühlt oder nur behauptet. Immerhin sieht sich die Bundesregierung veranlasst, die Mindestsprechstundenzahl ambulant tätiger Ärzte für GKV-Patienten per Gesetz von 20 auf 25 Stunden pro Woche zu erhöhen, was zumindest einen erheblichen bürokratischen Kontrollaufwand erfordern dürfte. Inwieweit die (Parallel-)Existenz der PKV eine bedarfsgerechte räumliche Verteilung von Ärzten merklich erschwert oder ob sie – wie vom PKV-Verband behauptet – zum Nutzen aller Patienten zur schnelleren Einführung und Verbreitung von Versorgungsinnovationen führt (oder vielmehr eher die Evidenzbasierung der Versorgung konterkariert), dies alles betrifft unmittelbar die Wirksamkeit von Steuerungsmechanismen, von der Finanzierungsbeteiligung etwa beim Krankenhausstrukturfonds ganz abgesehen. Leider bleiben diese Fragen im Gutachten des SVR Gesundheit weitgehend außen vor.

Ein ordnungspolitisch hinreichend konsistentes Steuerungskonzept für eine qualitativ hochwertige und effiziente Gesundheitsversorgung hat der SVR Gesundheit in seinem fast 800 Seiten starken Gutachten nicht vorgelegt. Genau so etwas wäre aber erforderlich. Dass ein solches Konzept möglichst viel an wettbewerblichen Steuerungsstrukturen enthält, ist gegenüber der Forderung nach ordnungspolitischer Konsistenz fast schon zweitrangig, aber gleichwohl ebenfalls dringend empfehlenswert. Mehr Mut zum Wettbewerb muss man künftig offenbar nicht nur den verantwortlichen Gesundheitspolitikern wünschen, sondern auch ihren wissenschaftlichen Beratern. Da waren wir schon einmal deutlich weiter.

7 Vgl. D. Cassel, K. Jacobs: Mehr Versorgungsinnovationen – aber wie? Innovationswettbewerb statt Innovationsfonds in der GKV-Gesundheitsversorgung, in: Recht und Politik im Gesundheitswesen, 21. Jg. (2015), H. 3, S. 55-68.

Melanie Schnee, Stefan Greß

## Mehr Bedarfsgerechtigkeit in der ambulanten ärztlichen Versorgung

Die Reform der Vergütung in der ambulanten ärztlichen Versorgung ist durch die Debatte um die „Zwei-Klassen-Medizin“ im Bundestagswahlkampf 2017 und vor allem in den nachfolgenden Sondierungs- und Koalitionsverhandlungen auf die politische Agenda gelangt. Der Koalitionsvertrag sieht die Einrichtung einer Kommission vor, die Vorschläge entwickeln soll, um die Vergütung ambulanter ärztlicher Tätigkeit am Stand des medizinischen Fortschritts und am Versorgungsbedarf der Bevölkerung auszurichten. Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR Gesundheit) stellt immerhin vier der Kommissionsmitglieder.<sup>1</sup> Sein aktuelles Gutachten widmet er der Vergütung von ambulanten Leistungen ein ganzes Kapitel.<sup>2</sup> In diesem Beitrag gehen wir der Frage nach, ob diese Vorarbeiten fruchtbar für die Kommissionsarbeit sein können.

Die Vergütung ambulanter ärztlicher Leistungen ist in der politischen Wahrnehmung ein wirksamer Hebel zur Bekämpfung der vermeintlichen „Zwei-Klassen-Medizin“ geworden. In der großen Koalition ist eine Systemreform im Sinne eines einheitlichen Krankenversicherungssystems nicht realisierbar. Der politisch kleinste gemeinsame Nenner ist daher die Harmonisierung der Vergütungssysteme von gesetzlicher und privater Krankenversicherung (GKV und PKV). Die derzeitige Parallelität von Einheitlichem Bewertungsmaßstab (EBM) der GKV und Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) in der PKV bringt unerwünschte Wirkungen hervor. Die Modernisierung und Harmonisierung beider Systeme soll zu einer bedarfsgerechteren Versorgung führen. Die in der Bevölkerung wahrgenommene Ungleichbehandlung von gesetzlich und privat Versicherten soll so eingedämmt werden, ohne die grundsätzliche Dualität der beiden Systeme in Frage zu stellen.

### Welche Probleme ergeben sich aus der Parallelität der Vergütungssysteme?

Der EBM in der GKV ist eine Mischung aus pro Quartal abzurechnenden pauschalen Vergütungselementen und Einzelleistungsvergütungen. Die abrechenbaren Leistungen sind sowohl auf der Ebene der Kassenärztlichen Vereinigungen als auch auf der Ebene der einzelnen Praxis gedeckelt. Die Anreize des Systems sind gemischt und können eher zu Unter-, aber auch in begrenztem Ausmaß zu Über-

versorgung führen. Anreize zur Unterversorgung bestehen aufgrund der Quartalspauschale und der Deckelung der Gesamtvergütung. Überversorgungen mit nicht indizierten Leistungen können zeitlich und regional begrenzt bei besonders förderungswürdigen Leistungen auftreten, wenn diese nach Einzelleistung vergütet werden.<sup>3</sup> Die GOÄ im Rahmen der PKV kennt nur die Einzelleistungsvergütung ohne Mengengrenze. Es besteht daher der Anreiz, möglichst viele Leistungen zu erbringen. Da medizinische Diagnostik und Therapie mit einem Risiko verbunden sein können, bedeutet dieser Anreiz zu einem Mehr an Medizin nicht unbedingt eine bedarfsgerechtere Versorgung, sondern auch ein höheres Risiko für den Patienten, durch medizinisch nicht indizierte Überversorgung einen Schaden zu erleiden.

Die Parallelität der beiden Vergütungssysteme verschlechtert an drei Stellen die Versorgung von gesetzlich Krankenversicherten: In der hausärztlichen Versorgung kann es erstens gegen Ende des Quartals schwierig werden, einen Termin zu bekommen, da potenziell die Quartalspauschale ausgereizt ist oder die Mengengrenze für die Praxis überschritten werden könnte.<sup>4</sup> Dies ist streng genommen zunächst ein Problem, dass sich aus der pauschalen Vergütung in der GKV ergibt. Diese Strategie ist aber nur deshalb möglich, weil die Einbestellung von privat versicherten Patienten zum Ende des Quartals für Ausfälle kompensiert. Vor allem in der fachärztlichen Versorgung werden zweitens privat Versicherte tendenziell bei der Terminvergabe bevorzugt behandelt, da hier größere Erlöse erzielt werden können und eine Mengengrenze nicht existiert.<sup>5</sup> Das größte Problem ist jedoch drittens, dass der Anteil an Privatversicherten in einer Region ein relevanter Faktor für die Niederlassungsentscheidung von Ärzten ist.<sup>6</sup> Die Folge ist nicht nur Unterversorgung in ländlichen, sondern auch in städtischen Gebieten, in denen sozial schwächere Schichten leben.

### Problemanalyse und Lösungen des SVR Gesundheit

Der SVR Gesundheit konzentriert sich bei seiner Analyse der ambulanten Vergütung fast ausschließlich auf den EBM und dessen Weiterentwicklung.<sup>7</sup> Er fordert eine passgenau-

1 Vgl. o.V.: Bundesgesundheitsministerium beruft 13 Professoren in die Honorarkommission, in: Deutsches Ärzteblatt vom 20.6.2018, S. A 1245.  
2 Sachverständigenrat für die Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR Gesundheit): Bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung, Gutachten 2018, Berlin 2018, S. 131-153.

3 K. Neumann et al.: Reform der ärztlichen Vergütung im ambulanten Sektor. Studienbericht, IGES Institut, Berlin 2014, S. 28.  
4 K. Himmel, U. Schneider: Ambulatory Care at the End of a Billing Period, hche Research Paper, Nr. 2017-14, Hamburg 2017.  
5 L. Sundmacher, T. Kopetsch: Waiting times in the ambulatory sector – the case of chronically ill patients, in: International Journal for Equity in Health, 12. Jg. (2013), S. 77.  
6 L. Sundmacher, S. Ozegowski: Ziehen Privatpatienten Ärzte an?, in: Gesundheit und Gesellschaft, 16. Jg. (2013), H. 12/13, S. 32-35.  
7 SVR Gesundheit, a. a. O., S. 131 ff.

ere Differenzierung der Vergütung nach den nachfrageseitigen Faktoren wie der regionalen Alters- und Morbiditätsstruktur und eine stärkere Berücksichtigung der prognostizierten Entwicklung dieser Faktoren. Die Versorgungsqualität und hierbei vor allem die Prozess- und Ergebnisqualität sollten stärker bei der Vergütung berücksichtigt werden.<sup>8</sup> Der SVR Gesundheit sieht aber auch Probleme bei der Umsetzung und hofft darauf, dass der wettbewerbliche Suchprozess im Kollektivvertrag und vor allem in den Selektivverträgen zu Ergebnissen kommt, die zur Weiterentwicklung der Vergütung beitragen. Daneben nennt der SVR Gesundheit auch angebotsseitige Faktoren.<sup>9</sup> In ausgewählten Problembereichen könnten zeitlich begrenzt ökonomische Anreize zur Verringerung der Unterversorgung oder zur Förderung von ambulanten statt stationären Leistungen gesetzt werden. Die Parallelität der beiden Vergütungssysteme im ambulanten Bereich sowie die mangelnde Kompatibilität der ambulanten Vergütung mit dem stationären Vergütungssystem werden dabei ausgeblendet. Stattdessen wird ein deutlicher Vergütungszuschlag von bis zu 50 % für Ärzte, die sich in unterversorgten Regionen ansiedeln, vorgeschlagen. Dieser sollte dann zu Lasten der Vergütung Ärzte in überversorgten Planungsbereichen gehen.

Für die hausärztliche Versorgung wird die Aufgabe des Quartalsbezugs vorgeschlagen.<sup>10</sup> Stattdessen soll eine Jahrespauschale beim ersten Kontakt mit dem Hausarzt ausgelöst werden. Dies würde allerdings eine Einschreibung bei einem festen Hausarzt analog zu der hausarztzentrierten Versorgung erfordern. Die Vergütung in diesem Bereich würde durch Leistungskomplexe für besonders aufwendige Leistungen ergänzt, um Anreize zur Unterversorgung oder eine Risikoselektion zu vermeiden.

### Was fehlt?

Die vom Vergütungssystem in der GKV ausgehenden Fehlanreize werden durch den SVR Gesundheit grundsätzlich erkannt. Bei der Analyse ignoriert er diejenigen Effekte, die von der Parallelität mit dem Vergütungssystem der PKV ausgehen. Durch eine passgenauere, morbiditätsorientierte Vergütung und Budgetierung können Anreize zur Unterversorgung im EBM verringert werden. Damit wird der Selektion von vermeintlich gesünderen Patienten vorgebeugt. Das Vergütungssystem ist aber auch derzeit schon so komplex und intransparent, dass es für den einzelnen Arzt unvorhersehbar ist, welcher Erlös am Ende des Quartals erzielt wird. Zudem bleibt aufgrund der höheren Vergütung privatärztlicher Leistungen und der fehlenden Mengengrenze in der GOÄ immer der Anreiz,

mehr Leistungen in diesem Bereich anzubieten und private Patienten bei der Terminvergabe zu bevorzugen. Dieser Effekt ließe sich nur durch eine Angleichung der monetären Bewertung der Leistungen in GOÄ und EBM erzielen.

Zum Vorschlag einer Jahrespauschale in der hausärztlichen Versorgung: Hier wäre eine passgenaue Morbiditätsorientierung vonnöten, um die Unterversorgung von chronisch Kranken zu vermeiden. Dies ist angesichts der unterschiedlichen Verläufe von Erkrankungen nicht trivial. Die Bedingung für eine Jahrespauschale ist zudem die Einschreibung bei einem festen Hausarzt. Dies würde einen massiven Einschnitt in den in Deutschland äußerst freien Zugang zu jeglicher Form von ambulanter Versorgung bedeuten und erscheint nur schwer umsetzbar.

Bei der regionalen Ungleichverteilung von Ärzten betont der SVR Gesundheit die Bedeutung nicht-monetärer Anreize für die Niederlassungsentscheidung und fordert im gleichen Satz um bis zu 50 % höhere Vergütungen für Ärzte in unterversorgten Regionen.<sup>11</sup> Diese Argumentation berücksichtigt nicht, dass der Anteil der Privatversicherten in einer Bevölkerung an einem potenziellen Praxisstandort ausschlaggebend für die Entscheidung zur Praxisgründung sein kann. Dies gilt weniger für die hausärztliche, aber umso mehr für die fachärztliche Versorgung. Selbst ein Vergütungszuschlag in dem vom SVR Gesundheit geforderten Ausmaß würde zumindest bei einem Teil der fachärztlichen Praxen nicht den Einnahmeverlust auf privatärztlicher Seite kompensieren. Da die Vergütungszuschläge mit Vergütungsabschlägen für Ärzte in überversorgten Gebieten bezahlt werden sollen, bestehen zumindest Zweifel an der politischen Durchsetzbarkeit dieses Vorschlags. Daher erscheint dieses Vorgehen kein ausreichender Hebel, um die bestehenden Verwerfungen in der regionalen Verteilung von Ärzten wirksam zu bekämpfen. Lösungen liegen aus unserer Sicht vielmehr in der Harmonisierung der Vergütungssysteme, aber auch in der stringenteren Durchsetzung von bestehenden Bedarfsplanungsrichtlinien und der Integration von ambulanter Bedarfsplanung mit den kommunalen, regionalen und stationären Akteuren für regional spezifische Versorgungsangebote.<sup>12</sup>

Es ist richtig, dass der SVR Gesundheit eine stärkere Berücksichtigung von Qualitätsaspekten bei der ambulanten Vergütung fordert. Die Konkretisierung dieser Forderung ist jedoch sehr vage. Der SVR Gesundheit hofft darauf,

<sup>11</sup> Ebenda.

<sup>12</sup> S. Greß, K. Stegmüller: Rahmenbedingungen für eine effektive Versorgungssteuerung auf kommunaler Ebene, in: A. Brandhorst, H. Hildebrandt, E.-W. Luthé (Hrsg.): Kooperation und Integration – das unvollendete Projekt des Gesundheitssystems, Wiesbaden 2017, S. 375-385.

<sup>8</sup> Ebenda, S. 145 ff.

<sup>9</sup> Ebenda, S. 149.

<sup>10</sup> Ebenda.

dass wettbewerbliche Suchprozesse zu neuen Ideen für die Vergütung in der Regelversorgung gelangen. Dies ist angesichts der dünnen Transparenz und Evidenz bei verschiedenen Versorgungskonzepten, bei denen innovative Vergütungsformen getestet werden können, eher unwahrscheinlich. Insbesondere geht in der Analyse des SVR Gesundheit unter, dass weder der EBM noch die GOÄ Qualitätsanreize setzen und die Bedarfsgerechtigkeit bei beiden Systemen von bestenfalls untergeordneter Bedeutung ist. In der stationären Versorgung hat das Krankenhausstrukturgesetz 2016 die stärkere Qualitätsorientierung in der Vergütung und der Bedarfsplanung initiiert. Damit ist der stationäre Bereich zukünftig vielleicht sogar der wichtigere Impulsgeber für innovative Vergütungskonzepte.

### Fazit und Ausblick

Es ist Teil des Auftrags der Kommission für ein modernes Vergütungswesen, Ideen für ein modernes harmonisiertes Vergütungssystem zu entwickeln, das bedarfsgerechte und gute ärztliche Behandlung belohnt. Die Begutachtung der ambulanten Vergütung durch den SVR Gesundheit bezieht sich nur auf die Probleme innerhalb des EBM der GKV. Lediglich die Forderung nach einer stärkeren Qualitätsorientie-

rung erscheint bereits im Gutachten. Bedarfsgerechtigkeit und Belohnung guter Versorgungsqualität tauchen wieder in den Leitfragen für die Kommissionsarbeit auf. Insgesamt bietet das Jahresgutachten dennoch nur wenige Ansatzpunkte für die Kommissionsarbeit, da die Perspektive bereits bei der Problemanalyse außerordentlich eingengt erscheint.

Eine Weiterentwicklung der ambulanten Vergütung sollte jedoch nicht nur die Perspektive der Harmonisierung von EBM und GOÄ aufgreifen, um die diskutierten Nebenwirkungen der Parallelität der Vergütungssysteme auszumerken. Im Sinne einer besseren Verzahnung von ambulanten und stationären Leistungen und einer höheren systemischen Durchlässigkeit sollten zusätzlich zu den Forderungen des SVR und dem Auftrag an die Kommission Ansätze verfolgt werden, die über eine rein ambulante Harmonisierung der Vergütungssysteme hinausgehen. Die mangelnde Integration im deutschen Gesundheitswesen ist schließlich nicht zuletzt Folge der strikten Trennung von ambulanten und stationären Vergütungssystemen.<sup>13</sup>

<sup>13</sup> S. Greß, M. Schnee: Wege zur integrierten und sektorenübergreifenden Versorgung, in: Gesundheit und Gesellschaft, 17. Jg. (2017), H. 3, S. 7-15.

Friedrich Breyer

## Wege zu mehr Effizienz im deutschen Krankenhaussektor

Vergleicht man die Versorgung mit stationären Leistungen in Deutschland mit anderen Ländern der OECD, so sind folgende Unterschiede auffällig:<sup>1</sup> Deutschland hat im Verhältnis zur Bevölkerungszahl

- eine größere Zahl an Krankenhäusern, deren durchschnittliche Bettenzahl jedoch relativ gering ist und damit unterhalb der optimalen Betriebsgröße liegt,
- eine sehr viel größere Zahl an Akutbetten (60% über dem OECD-Durchschnitt),
- sehr viel mehr stationäre Behandlungsfälle (im gleichen Umfang) und

- trotz stetig sinkender durchschnittlicher Verweildauer immer noch eine um 17% höhere Verweildauer als der OECD-Durchschnitt.

Den zahlenmäßigen Überkapazitäten steht jedoch eine Unterausstattung mit medizinischer Infrastruktur gegenüber, die auf stark gesunkene staatliche Investitionsmittel zurückgeht. Das System der dualen Finanzierung – der Staat finanziert die Investitionen, während die Nutzer über ihre Entgelte den laufenden Betrieb finanzieren – wird daher derzeit ebenso verbreitet kritisiert wie die staatliche Angebotsplanung, die für die beschriebenen Überkapazitäten gesorgt hat. Auf der anderen Seite wird ein gravierender Mangel an Pflegekräften beklagt.

Es ist daher vielleicht kein Zufall, dass zwei prominente Expertengruppen, nämlich der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR Gesundheit) und der Wissenschaftliche Beirat beim Bundesfinanzministerium (Finanzbeirat) nahezu gleichzeitig Gutachten vorgelegt haben, die sich zwar in Umfang

<sup>1</sup> Vgl. etwa G. Neubauer: Die Krankenhauslandschaft 2030 in Deutschland, in: J. Klauber, M. Geraedts, J. Friedrich, J. Wasem (Hrsg.): Krankenhaus-Report 2017, Stuttgart 2017, S.151-166.

und thematischer Breite unterscheiden, aber insofern vergleichbar sind, als beide einen Schwerpunkt auf die Steuerung und Finanzierung von Krankenhausleistungen legen.<sup>2</sup> Es bietet sich daher an, die jeweiligen Reformvorstellungen der beiden Gremien gegenüberzustellen und daran zu messen, ob sie geeignet erscheinen, die eingangs aufgezeigten Schwächen des deutschen Krankenhausesektors zu beheben. Dabei werde ich – auch wenn die einzelnen Fragen eng miteinander verwoben sind – versuchen, die Frage der Finanzierung von der der Angebotssteuerung zu trennen.

### Von der dualen zur monistischen Krankenhausfinanzierung

Beide Gutachten sprechen sich für einen Übergang zur monistischen Krankenhausfinanzierung aus. Ein Problem dabei stellt allenfalls die korrekte Definition dieses Begriffs dar, ohne dass man in die veraltete Logik des Selbstkostendeckungsprinzips zurückfällt. So schreibt der SVR Gesundheit: „Die monistische Finanzierung bedeutet, dass die Krankenversicherungen sowohl die Betriebs- als auch die Investitionskosten der Krankenhäuser finanzieren.“<sup>3</sup> Nach heute gültigem ökonomischem Verständnis sollten die Krankenversicherungen jedoch nicht „Kosten finanzieren“, sondern „Leistungen vergüten“. Monistik heißt demnach, präzise ausgedrückt, dass alle Mittel, die einem Krankenhaus zufließen, aus einer Hand, nämlich den Krankenkassen, kommen – wobei zu ergänzen ist, dass bei einer Vielzahl von gesetzlichen und privaten Krankenversicherungen natürlich der Begriff „eine Hand“ nicht wörtlich zu verstehen ist.

Dagegen bedeutet Monistik keineswegs, dass nur eine einzige Vergütungsform eingesetzt wird. Denn, ökonomisch betrachtet, erbringt ein Krankenhaus (mindestens) zwei unterschiedliche Leistungen: zum einen die Vorhaltung von Betten, Operationssälen und geschultem Personal zur Aufnahme von Patienten, die der gesamten Bevölkerung im Einzugsbereich als „Optionsgut“ zugutekommt, und zum anderen die eigentliche Behandlungsleistung, die gegenüber den tatsächlich aufgenommenen Patienten erbracht wird. Diese zweite Leistung könnte man ebenfalls noch in einen medizinischen und einen pflegerischen Teil aufteilen, wobei die medizinische Leistung durch eine Fallpauschale und die pflegerische durch eine Tagespauschale abgegolten werden könnte. Da letz-

tere nach allgemeinem Urteil Anreize zu einer unnötigen Verlängerung der Verweildauer vermitteln würde, hat sie der Gesetzgeber mit der Einführung der Fallpauschalierung Anfang des Jahrtausends endgültig ad acta gelegt.

Das Entgelt für die Erbringung der Vorhalteleistung wird üblicherweise mit der Finanzierung von Investitionen gleichgesetzt, die Vorhaltung also auf Gebäude und medizinische Ausstattung (Operationssäle, Geräte) bezogen. Man könnte sie jedoch sehr viel weiter fassen und auch den Grundbedarf an Personal einbeziehen, ohne den ein Krankenhaus nicht funktionsfähig wäre. In beiden Gutachten wird diese Problematik nicht explizit behandelt; sie kommt aber implizit zum Tragen, wenn etwa beklagt wird, dass die derzeit geltenden Fallpauschalen Deckungsbeiträge zur Abdeckung der Fixkosten enthielten und daher Anreize zur Steigerung der Fallzahl lieferten. Ferner wird vom Finanzbeirat<sup>4</sup> vorgeschlagen, das jeweilige Bundesland solle vom Gesetzgeber verpflichtet werden, eine jährliche „Bettenpauschale“ pro Planbett in einen Investitionsfonds bei den Krankenkassen einzuzahlen und damit einen Anreiz erhalten, keine unnötigen Betten in seiner Kapazitätsplanung zu berücksichtigen. Etwas widersprüchlich schreiben die Autoren in der Folge: „Für jeden Behandlungsfall hätte jedes Plankrankenhaus also grundsätzlich Anspruch auf eine leistungsorientierte Investitionspauschale. Solange es sich um eine im Rahmen des Standardtarifs ausgeführte Behandlung handelte, wäre mit der Zahlung der Investitionspauschale der Beitrag zur Kapazitätsvorhaltung abgegolten.“<sup>5</sup> Diese Argumentation überzeugt deswegen nicht, weil die Mittel für die Kapazitätsvorhaltung gerade nicht an die Fallzahl geknüpft werden dürfen, weil man sonst wieder in die Falle der Leistungsausweitung tappt.

Der Gesetzgeber sollte daher darüber nachdenken, ob er nicht noch einen Schritt weiter gehen sollte als beide Gutachten und bestimmen, dass die gesamte Kapazitätsvorhaltung durch ein gesondertes Entgelt für die Vorhalteleistung vergütet wird. Dieses müsste aus Steuermitteln finanziert werden, die jedoch in jeder Gebietskörperschaft in einen Fonds eingespeist werden könnten, aus dem die Krankenkassen sich zur Zahlung der entsprechenden Entgelte bedienen könnten.

Bezüglich der Fallpauschalen, mit denen die eigentliche Behandlungsleistung abgegolten wird, macht der SVR Gesundheit den begrüßenswerten Vorschlag, vom Prinzip der Einheitlichkeit für alle Krankenhäuser (Einhausansatz) wieder abzugehen und auf Fachabteilungsebene Zuschläge für Krankenhäuser der Maximalversorgung

2 Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR Gesundheit): Bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung. Gutachten 2018, Bonn/Berlin 2018; Wissenschaftlicher Beirat beim Bundesministerium der Finanzen (Finanzbeirat): Über- und Fehlversorgung in deutschen Krankenhäusern: Gründe und Reformoptionen, Berlin 2018.

3 SVR Gesundheit, a. a. O. S. 238.

4 Finanzbeirat, a. a. O., S. 50.

5 Ebenda, S. 51.

vorzusehen.<sup>6</sup> Ein derart nach Versorgungsstufen differenziertes Preissystem böte zudem die Möglichkeit, den Wildwuchs der prozedurenbezogenen DRG (Diagnosis Related Groups) wieder etwas zurückzuschneiden und die Abgrenzung zwischen den Fallgruppen wieder stärker diagnosebezogen vorzunehmen, um damit den Anreiz zu unnötigen Prozeduren zu dämpfen.

Nur am Rande sei erwähnt, dass eine monistische Finanzierung selbstverständlich impliziert, dass die Verwendung der Mittel in keiner Weise eingeschränkt werden darf. So soll das Krankenhaus weiterhin die Möglichkeit haben, aus Fallpauschalen-Einnahmen Investitionen zu finanzieren. Das Standard-Beispiel für eine solche Freigabe ist die Erneuerung der Heizungsanlage zum Zwecke der Senkung der laufenden Energiekosten.

### Verhandlungen: kollektiv oder individuell?

Neben den Inhalten eines Preissystems ist auch die Frage des Preisbildungsverfahrens zu klären. Dabei geht es zum einen darum, mit welchen Krankenhäusern überhaupt Verträge über Leistungsmengen und Entgelte geschlossen werden müssen und zum anderen darum, ob beiderseits kollektiv verhandelt werden soll wie bisher oder ob auf einer der beiden Marktseiten selektiv, also einzeln, verhandelt werden darf. Von den prinzipiell 2x2 Möglichkeiten dürfte die Variante „jede einzelne Kasse mit dem Kollektiv der Krankenhäuser“ schon aus kartellrechtlichen Gründen ausscheiden. Wenn jedoch mit jedem Krankenhaus einzeln verhandelt werden soll, so stellt sich die Frage, ob die Krankenkassen ein Einkaufskartell bilden dürfen oder einzeln verhandeln müssen.

Ob ein Einkaufskartell wettbewerbsrechtlich zulässig ist, müsste gesondert geprüft werden. Immerhin sind die Budgetverhandlungen ein Vorbild dafür. Jedenfalls geht der SVR Gesundheit von einem solchen Verhandlungsmodell aus. Mindestens im Hinblick auf die Entgelte für die Vorhalteleistung scheint dies auch die einzige praktikable Lösung zu sein, da es sich hierbei logischerweise um eine Gesamtvergütung für jedes Krankenhaus handeln muss, und die betroffenen Kassen sich einigen müssen, wie z. B. der oben erwähnte Fonds auf die einzelnen Krankenhäuser aufgeteilt wird. Auch die Entscheidung, bei Überkapazitäten mit einzelnen Krankenhäusern keinen Versorgungsvertrag mehr zu schließen, müsste von allen Krankenkassen getroffen werden.<sup>7</sup> Hingegen könnten qualitätsabhängige Zuschläge prinzipiell von einzelnen Kassen mit einem Krankenhaus vereinbart werden, wobei sich allerdings das Trittbrettfahrerproblem stellt, da Krankenhäuser ihre Ver-

sorgungsqualität nur schwer zwischen den Versicherten verschiedener Krankenkassen variieren können.

Der Finanzbeirat schlägt ein Modell des „selektiven Kontrahierens“ vor, das ganz explizit auf einer Einzelverhandlung Kasse – Krankenhaus beruht. Die Idee ist, dass jeder Versicherte zwischen einem „Standardtarif“ und einem Tarif mit „Versorgungsmanagement“ (VM) wählen kann, wobei letzterer Einschränkungen der Arzt- und Therapiewahl zur Kosteneinsparung enthält und mit einem Beitragsnachlass verbunden ist. Leistungen und Entgelte für bestimmte Diagnosen müssen in einem solchen System mit dem einzelnen Krankenhaus ausgehandelt werden. Problematisch erscheint an diesem Modell allerdings, dass ein VM-Tarif ein Vehikel zur Selektion guter Risiken sein könnte, weil sich Personen mit geringem Krankheitsrisiko am ehesten auf ein solches Versorgungsmanagement einlassen können, zumal wenn das Ziel nicht die Qualitätssteigerung, sondern die Kosteneinsparung ist.

### Wer erhält den Sicherstellungsauftrag?

Die für den Abbau bestehender Überkapazitäten wichtigste Frage lautet: Wer soll zukünftig für die Kapazitätsplanung zuständig sein, mit anderen Worten, wer erhält den Sicherstellungsauftrag, der gegenwärtig bei den Bundesländern liegt? Hier geht der SVR Gesundheit einen Mittelweg, indem er sich zunächst prinzipiell dafür ausspricht, den Sicherstellungsauftrag an die Verbände der Krankenkassen zu delegieren: „Die bisherige Krankenhausplanung durch die Bundesländer wird aufgegeben und an ihre Stelle tritt eine Rahmenplanung zur Sicherstellung der Versorgung“<sup>8</sup>, wenige Zeilen später aber steht: „Sollte die Versorgung gefährdet sein, so hat letztlich das Land für die Aufrechterhaltung der bedarfsnotwendigen Krankenhausstrukturen einzustehen.“ Das klingt ein wenig nach „wasch mir den Pelz, aber mach mich nicht nass“, zumal sich zwei Seiten später folgender Satz findet: „Die Sicherstellung der Krankenhausversorgung bleibt primäre Aufgabe der Bundesländer.“<sup>9</sup>

Der Finanzbeirat ist da konsequenter, indem er dem Staat allein die Aufgabe zuweist, den Inhalt der Sicherstellung gesetzlich vorzugeben und dessen Erfüllung zu überprüfen. Er verweist darauf, dass der Gemeinsame Bundesausschuss „gemäß § 136c Abs. 3 SGB V beauftragt ist zu klären, für welche Leistungen die notwendige Vorhaltung für die Versorgung der Bevölkerung sicherzustellen ist und in wieviel Minuten entsprechende Einrichtungen erreichbar sein müssen“<sup>10</sup> und schlägt vor, es den einzelnen

6 SVR Gesundheit, a. a. O., S. 266 f.

7 Ebenda, S. 240.

8 Ebenda.

9 Ebenda, S. 242.

10 Finanzbeirat, a. a. O., S. 48.

Krankenkassen zu überlassen, mit welchen Krankenhäusern sie zur Erfüllung dieses Auftrags Versorgungsverträge abschließt. Der Staat solle sich darauf beschränken, eine Aufsicht über die Krankenkassen dergestalt auszuüben, dass „nur solche Krankenversicherungen eine staatliche Zulassung erhalten, die sich auf ein flächendeckendes und den Erreichbarkeitsvorgaben genügendes Vertragssystem mit Leistungsanbietern stützen können.“

Ein solches Modell scheint am ehesten geeignet, den Einfluss der Lokalpolitik auf die Aufrechterhaltung nicht benötigter Kapazitäten auf Kosten der Versichertengemeinschaft zu minimieren. Allerdings müsste dabei der Widerspruch zwischen der Sicherstellung der Versorgung durch eine einzelne Kasse für ihre eigenen Versicherten und der Kollektivverhandlung über die Mittel zur Kapazitätsvorhaltung aufgelöst werden. Hierzu äußert sich der Finanzbeirat leider nicht.

### Eine persönliche Bemerkung zum Fachjargon

Experten, die im Auftrag von Ministerien Gutachten erstellen, die der Öffentlichkeit zugänglich gemacht werden, stehen oft vor dem Dilemma, zwischen einer juristisch präzisen, aber für den Laien wenig verständlichen Fachsprache und einer weniger eindeutigen Übersetzung in deutschen „Klartext“ wählen zu müssen. Das 60-Seiten-Gutachten des Finanzbeirats wird vermutlich von der Öffentlichkeit (Journalisten und Politiker) häufiger gelesen werden, während sich das 750-Seiten-Gutachten des SVR Gesundheit überwiegend an das engere Fachpublikum richtet, also an Personen, die in der Gesundheitsverwaltung tätig sind. Insofern überrascht es nicht, wenn hier häufiger von Fachausdrücken Gebrauch gemacht wird.

So verständlich dies ist, so ärgerlich ist es (aus meiner persönlichen Sicht), wenn dieser Fachjargon Begriffe enthält, die ganz offensichtlich nicht in ihrer ursprünglichen Bedeutung verwendet werden, sondern in einem neuen, nur „Insidern“ geläufigen Sinn. Dies betrifft in besonderem Maß das Kürzel DRG. Bei den „Diagnosis Related Groups“ handelt es sich um ein System zur Klassifikation von Krankenhaus-Patienten mit dem Ziel, „ähnliche“ Fälle (nach Diagnose und Behandlungsbedarf) zu jeweils einer

Gruppe zusammenzufassen. Hat man diese Gruppen gebildet, so kann man sie<sup>11</sup> – wie in Deutschland, aber zuvor in anderen Ländern wie den USA geschehen – als Basis eines Vergütungssystems verwenden, bei dem für jeden Behandlungsfall eine Pauschale gezahlt wird, die für alle Patienten innerhalb derselben Gruppe (DRG) gleich hoch ist. Das Vergütungselement ist dann eine „Fallpauschale“.

Diese Differenzierung zwischen Vergütungs- und Fallklassifikationssystem ist im deutschen Fachjargon leider schon sehr früh verloren gegangen, und der SVR Gesundheit bildet in dieser betrüblichen Praxis leider keine Ausnahme, wenn etwa auf S. 245 von der „Gesamtvergütung, die durch DRGs erwirtschaftet wurde“ die Rede ist oder von der „aktuellen Berechnungsweise der DRGs“<sup>12</sup> oder von „Zu- und Abschlägen auf die DRGs“<sup>13</sup>, oder wenn gesagt wird: „Zu den Entgelten innerhalb der Erlössumme gehören DRGs ...“<sup>14</sup> Alle diese Aussagen würden wesentlich klarer, wenn das Wort „DRG“ durch „Fallpauschalen“ ersetzt würde.

### Fazit

Die Überkapazitäten und die damit verbundene Ressourcenverschwendung im deutschen Krankenhaussektor sind in beiden besprochenen Gutachten auf ihre Ursachen analysiert worden, und beide Expertengruppen haben konstruktive Vorschläge zur Bewältigung der geschilderten Probleme vorgelegt, wobei der Finanzbeirat in manchen Punkten etwas mutiger war als der SVR Gesundheit. Es ist zu hoffen, dass diese Vorschläge nicht in der Schublade verschwinden, sondern vom Gesetzgeber wohlwollend geprüft und umgesetzt werden. Was im Rahmen dieser Besprechung aus Platzgründen nicht explizit diskutiert werden konnte, ist der vielfach beklagte Mangel an Pflegekräften an deutschen Krankenhäusern. Die Probleme hängen aber zusammen: Falls es gelingt, überflüssige Krankenhäuser (oder zumindest einzelne Fachabteilungen) zu schließen, wird Personal frei, das anderswo bestehende Lücken schließen könnte.

11 Neben anderen Verwendungen, z. B. zur Qualitätssicherung ...

12 SVR Gesundheit, a. a. O., S. 247.

13 Ebenda, S. 250.

14 Ebenda, S. 245

### Title: *Demand-oriented Management of Health Care – Opportunities and Obstacles*

**Abstract:** On 2 July 2018, the German Council of Health Experts handed over its current report entitled, “Demand-oriented health care management” to the Federal Ministry of Health. The pronounced separation of outpatient and inpatient care, and distinction between private and public health insurance, is typical of the German system. Experts’ recommendations include improved coordination of outpatient and inpatient services, monistic hospital financing and family doctor-centred patient care. The main criticism of the report is that it lacks a regulatory concept with competitive management structures.

**JEL Classification:** I10, I11, I18