



Mut zu neuen Ideen



Für eine dauerhafte
Verlässlichkeit
unseres
Gesundheitswesens



Josef Hecken
Jochen Pimpertz



Mut zu neuen Ideen

Für eine dauerhafte Verlässlichkeit unseres Gesundheitswesens

Josef Hecken, Jochen Pimpertz

Auf einen Blick

- › Die Bundesrepublik Deutschland verfügt über ein leistungsfähiges Gesundheitswesen. Es genießt auch international hohes Ansehen, weil der medizinische Fortschritt bei uns weitgehend unabhängig von den finanziellen Möglichkeiten des Einzelnen bei Bedarf zur Verfügung steht.
- › Jedoch führen neue Therapiemöglichkeiten sowie der demografische Wandel zu einem starken Wachstum der Ausgaben der Gesetzlichen Krankenversicherung. Die langfristige Deckung dieser Ausgaben über Beitragseinnahmen erscheint fraglich.
- › Soll der solidarische Charakter unseres Gesundheitswesens erhalten werden, muss beherzt nach Möglichkeiten gesucht werden, die Wirksamkeit des Einsatzes von Personal und finanziellen Mitteln stetig zu verbessern.
- › Mehrere mögliche Lösungen werden in dieser Publikation diskutiert: eine bessere Verzahnung der verschiedenen Versorgungsbereiche, eine Flexibilisierung der Versorgung sowie mehr ambulante Eingriffe, wo und wenn sie möglich sind.
- › Darüber hinaus wird untersucht, wie mehr marktwirtschaftliche Elemente und klarere Preissignale zu einer effizienteren Ausgestaltung des Gesundheitswesens führen können.

Inhalt

5	—	Vorwort <i>Hermann Gröhe</i>	
7	—	Erhaltung guter Gesundheitsversorgung erfordert ständige Strukturanpassungen <i>Josef Hecken</i>	7
		Herausforderung Demografie	8
		Herausforderung Finanzen	10
		Ambulantisierung: gute Versorgung und Effizienzsteigerung	12
		Mindestmengen: Strukturen müssen Patientensicherheit erhöhen	14
		Optimierung von Strukturen durch die Krankenhausreform	16
		Allgemeine ambulante vertragsärztliche Versorgung: Versorgungsoptimierung durch stärkere Nutzung gesetzlicher Flexibilisierungsmöglichkeiten	19
		Fazit	23



24	—	Effiziente Versorgung braucht Wettbewerb und knappheitsgerechte Preise – Ein Therapieplan für die ambulante Versorgung	
		<i>Jochen Pimpertz</i>	24
		GKV in der Patientenaufnahme – die Anamnese	25
		Idealvorstellung und erste Befunde	26
		Systemische Diagnose – Solidaritätsprinzip beachten	27
		Konsil – interdependente Diagnosen	28
		Ein Therapieplan für die ambulante Versorgung	30
		Prognose	33
34	—	Die Autoren	



Vorwort

Hermann Gröhe

Die Bundesrepublik Deutschland verfügt über ein leistungsfähiges Gesundheitswesen, das international auch deshalb ein hohes Ansehen genießt, weil der medizinische Fortschritt bei uns weitgehend unabhängig von den finanziellen Möglichkeiten des Einzelnen bei Bedarf zur Verfügung steht.

Für das Versprechen, eine notwendige Behandlung unabhängig vom eigenen Geldbeutel erhalten zu können, steht in besonderer Weise die Gesetzliche Krankenversicherung.

Doch die demografische Entwicklung und der sich weiter beschleunigende medizinische Fortschritt werfen immer nachdrücklicher die Frage auf, ob dieses Versprechen auf Dauer eingehalten und finanziert werden kann.

Dabei stellen die erheblichen Beitragserhöhungen zur Gesetzlichen Krankenversicherung in den letzten Jahren keineswegs das Ende einer Entwicklung dar. In einer Gesellschaft des längeren Lebens wird der Bedarf an medizinischen und pflegerischen Leistungen weiter ansteigen, während die Zahl der Beitragszahlerinnen und Beitragszahler in absehbarer Zeit spürbar abnehmen wird.

Das ist nicht nur eine finanzielle Herausforderung. Die sinkende Zahl der Erwerbsfähigen wird auch im Gesundheitswesen den Fachkräftemangel weiter verschärfen.

Gerade wer den solidarischen Charakter unseres Gesundheitswesens erhalten will, muss daher beherzt nach Möglichkeiten suchen, die Wirksamkeit des Einsatzes von Personal und finanziellen Mitteln stetig zu verbessern. Wer sich dieser Aufgabe verweigert, entzieht unserem solidarischen Gesundheitswesen seine dauerhafte Verlässlichkeit, gaukelt den Menschen etwas vor.

Eine solche höhere Wirksamkeit unserer Anstrengungen sollte uns auch deshalb ein Anliegen sein, weil in Deutschland im internationalen Vergleich mit einem deutlich überdurchschnittlichen Aufwand ausweislich der Lebenserwartung nur durchschnittliche Ergebnisse erzielt werden. Bestmögliche Wirksamkeit anzustreben, dient insoweit der dauerhaften Verlässlichkeit und der Qualität unseres Gesundheitswesens.

Geht es um eine Verbesserung der Wirksamkeit medizinischer und pflegerischer Leistungen, wird zu Recht immer wieder eine bessere Verzahnung der verschiedenen Versorgungsbereiche gefordert. Aber auch über die Notwendigkeit, durch „Preissignale“ das Kostenbewusstsein aller Beteiligten zu stärken, ohne den solidarischen Charakter unseres Gesundheitswesens in Frage zu stellen, muss ernsthafter als in der Vergangenheit gesprochen werden.

Ich bin Professor Josef Hecken, dem unparteiischen Vorsitzenden des Gemeinsamen Bundesausschusses, und Dr. Jochen Pimpertz, dem Leiter des Clusters Staat, Steuern und Soziale Sicherung am Institut der Deutschen Wirtschaft sehr dankbar dafür, dass sie mit ihren Beiträgen in dieser Veröffentlichung der Konrad-Adenauer-Stiftung wichtige Denkanstöße für eine notwendige Diskussion geben.

Dieser notwendigen, mitunter sicherlich aber auch unbequemen, Diskussion sollten wir uns gemeinsam stellen.

Dazu will diese Veröffentlichung einladen!

Hermann Gröhe
Stellvertretender Vorsitzender der Konrad-Adenauer-Stiftung e. V.

Erhaltung guter Gesundheitsversorgung erfordert ständige Strukturanpassungen

Josef Hecken

In der Bundesrepublik Deutschland verfügen wir über ein gutes und leistungsfähiges Versorgungssystem. Das schließt Mängel in Einzelfällen nicht aus, schmälert die Gesamtbewertung aber nicht. Dass das so ist und auch dauerhaft so bleibt, ist keine Selbstverständlichkeit. Denn in einer älter werdenden Gesellschaft wie der unseren wird es auch mehr multimorbide Patientinnen und Patienten geben und der Bedarf an medizinischer Versorgung steigen. Gleichzeitig wird infolge der demografischen Entwicklung aber qualifiziertes medizinisches Personal eine immer kostbarer werdende Ressource. Eine weitere Herausforderung: Durch Forschung und Entwicklung wissen wir heute immer mehr über die Genese, den Verlauf und die Behandelbarkeit von Erkrankungen. Damit wird die Versorgung potenziell besser, aber auch fachlich komplexer und anspruchsvoller – und in der Regel teurer.

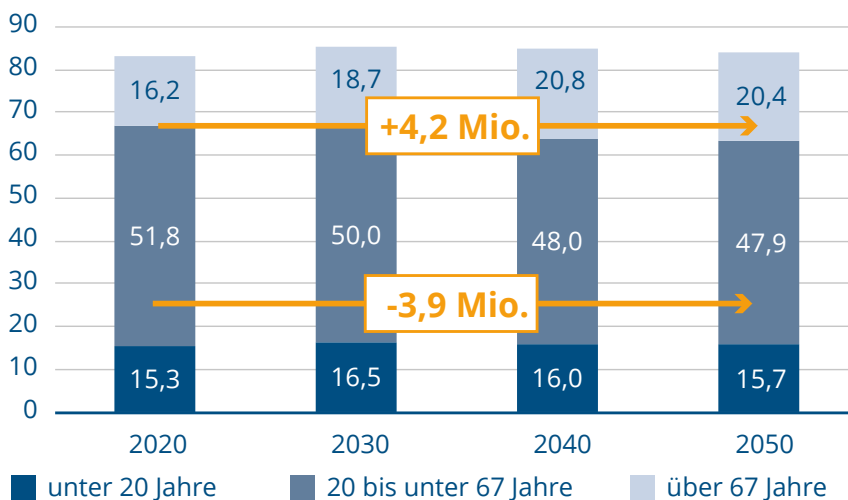
Sollen für die gesetzliche Krankenversicherung eine offene Rationierung – beispielsweise über Quality Adjusted Life Years (QALYS) wie in Großbritannien – oder deutlich höhere Gesundheitsausgaben vermieden werden, ist es unabdingbar, die derzeitigen Versorgungsstrukturen ständig zu optimieren und Fehlanreize für medizinisch nicht notwendige Leistungserbringungen zu beseitigen. Damit würde es dann auch gelingen, die Ergebnisse unserer Gesundheitsversorgung zu verbessern. Denn obwohl in Deutschland viel Geld ins Gesundheitssystem fließt, sind die Ergebnisse gemessen daran, vergleichsweise nur mäßig. Das geht zu Lasten der Patientensicherheit.

Anhand von Beispielen soll dargestellt werden, wie Behandlungsergebnisse durch effiziente und wettbewerbliche Strukturen schon heute verbessert werden können, um das Versorgungssystem an neue Herausforderungen anzupassen.

Herausforderung Demografie

Die demografischen Veränderungen in Hinblick auf die Altersstrukturen sind gut prognostizierbar: Heute stehen 16,2 Millionen Menschen über 67 Jahre noch 51,8 Millionen erwerbsfähigen Menschen gegenüber. Im Jahr 2050 wird sich das Verhältnis deutlich verschoben haben: Die Zahl der über 67-Jährigen wird auf 20,4 Millionen angestiegen sein, die Zahl der Erwerbsfähigen sinkt auf 47,9 Millionen ab. Das bedeutet: Die Gruppe der Rentnerinnen und Rentner, deren Beiträge für die gesetzliche Krankenversicherung im Schnitt geringer sind, wächst, während der Anteil der Erwerbstätigen mit eher höheren Beiträgen sinkt.

Abbildung 1 - Bevölkerungsentwicklung und Altersstruktur in Millionen 2020-2050



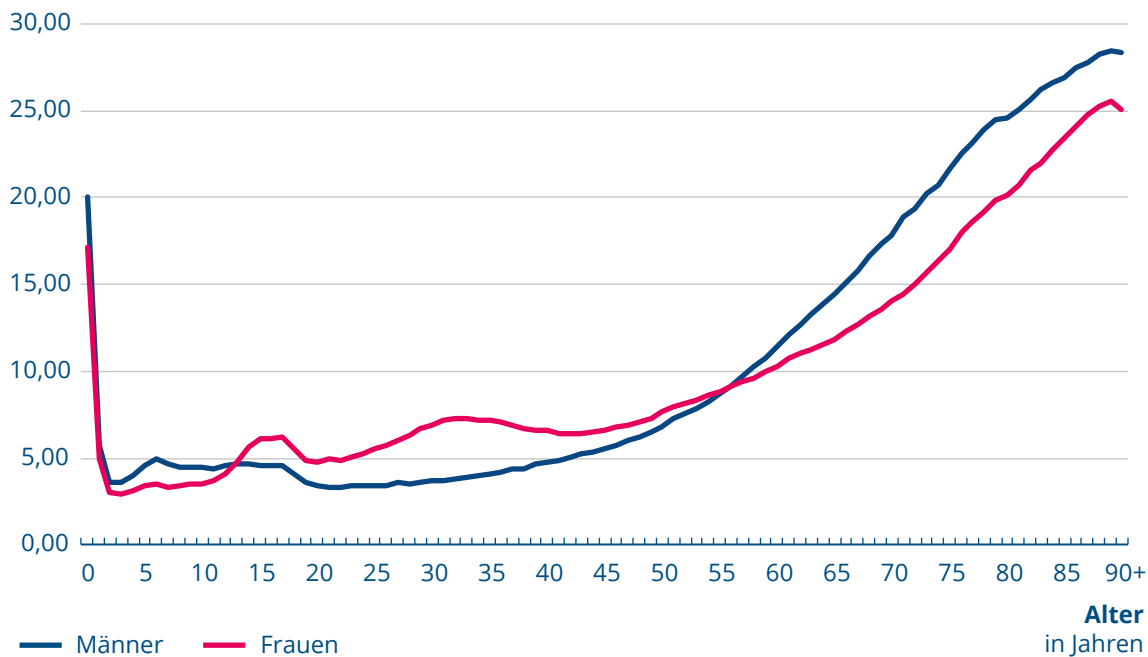
Quelle: Eigene Darstellung nach Statistischem Bundesamt (2024): 15. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung, Variante 2: G2-L2-W2

Wichtig ist in diesem Zusammenhang auch ein Blick auf die Leistungsausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV): Sie steigen in der zweiten Lebenshälfte kontinuierlich an, mit jedem weiteren Lebensjahr. Eine ältere Gesellschaft ist damit – auf Basis der bisherigen Erfahrungen – auch eine Gesellschaft, die mehr Leistungen der Gesundheitsversorgung abrufen.

Abbildung 2 - Leistungsausgaben der GKV im Jahr 2022, ohne Krankengeld

Ausgaben je Versichertentag

in Euro



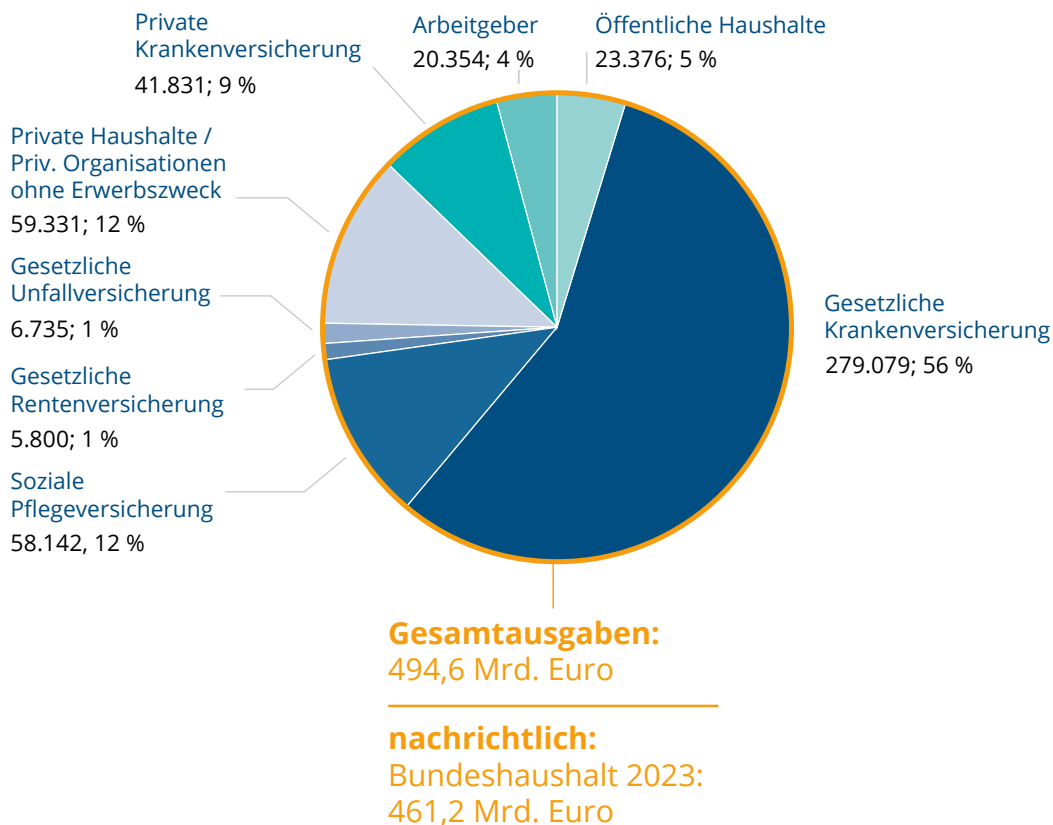
Quelle: Bundesamt für Soziale Sicherung

Die Verschiebung der Alterspyramide ist aber nicht nur relevant in Bezug auf die Einnahmen und Ausgaben der GKV. Sie wirkt sich selbstverständlich auch auf das vorhandene Versorgungsangebot aus. Genau wie die Patientinnen und Patienten altern natürlich auch die Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer, so dass auch das Versorgungsangebot ambulant wie stationär sukzessive abnimmt. Hinzu kommt noch der – absolut gerechtfertigte – Wunsch junger im Gesundheitswesen tätiger Personen nach einer besseren Vereinbarkeit von Familie und Beruf, so dass auch bei steigender Zahl der „Köpfe“ das Angebot an Gesundheitsleistungen insgesamt abnimmt.

Herausforderung Finanzen

Die Ausgaben für unsere Gesundheitsversorgung steigen seit Jahren und ihr Anteil am Bruttoinlandsprodukt hat sich insbesondere in den letzten Jahren deutlich erhöht. Er liegt mittlerweile bei ca. 12 Prozent. Die gesamtgesellschaftlichen Ausgaben für Gesundheit und Pflege betragen im Jahr 2023 über 494 Milliarden Euro und waren damit höher als der Bundeshaushalt.

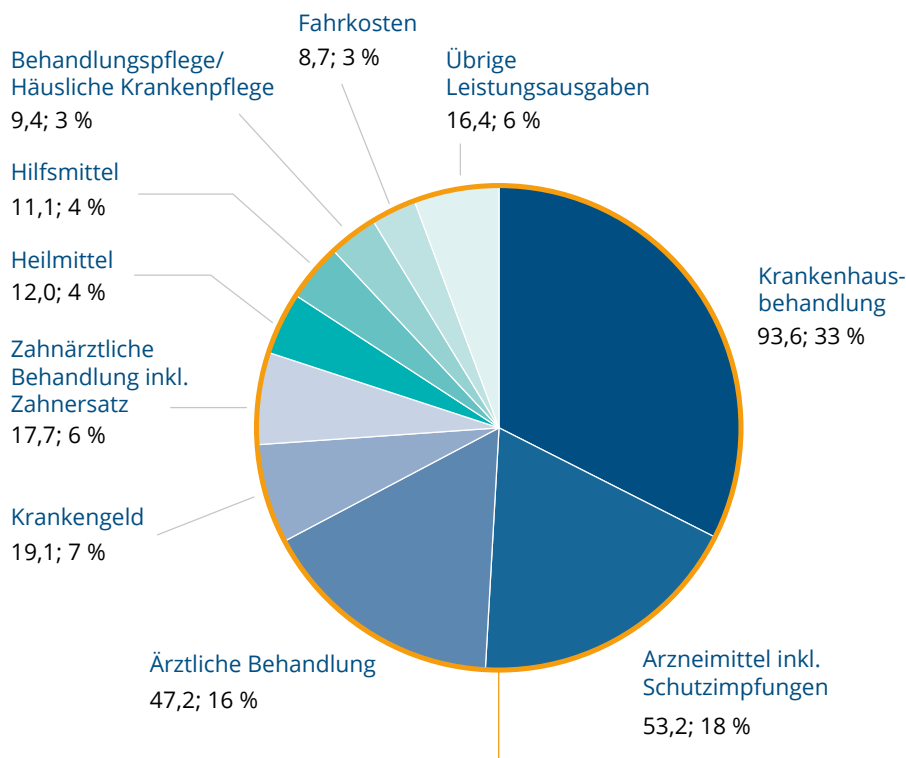
Abbildung 3 - Gesundheitsausgaben 2023, in Mrd. Euro und anteilig



Quelle: Eigene Darstellung nach Statistischem Bundesamt: <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Gesundheitsausgaben/Tabellen/ausgabentraeger.html>, Bundesministerium für Finanzen: https://www.bundesfinanzministerium.de/Web/DE/Themen/Oeffentliche_Finanzen/Bundeshaushalt/Bundeshaushalt-2023/bundeshaushalt-2023.html

2023 betrug die Leistungsausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung 288,4 Milliarden Euro, im laufenden Jahr 2024 wird bei den Leistungsausgaben die 300-Milliarden-Grenze überschritten.

Abbildung 4 - GKV-Leistungsausgaben 2023, in Mrd. Euro und anteilig



Leistungsausgaben 2023:
288,4 Mrd. Euro

Gesamtausgaben 2023:
306 Mrd. Euro

Geschätzte Gesamtausgaben 2024:
314 Mrd. Euro

Quelle: Eigene Darstellung nach Bundesministerium für Gesundheit: Gesetzliche Krankenversicherung, Vorläufige Rechnungsergebnisse (KV-45-Statistik), Stand: 14. März 2024; https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Statistiken/GKV/Finanzergebnisse/KV45_1.-4._Quartal_2023.pdf

Diese Ausgabendynamik hat bereits politische Bemühungen um eine „Kostendämpfung“ beziehungsweise Kostenregulierung ausgelöst. Trotzdem konnte auch das letzte Spargesetz, das GKV-Finanzstabilisierungsgesetz, einen historisch hohen Beitragssatz von 16,2 Prozent (inkl. Zusatzbeitrag) nicht verhindern. Die Rücklagen der Krankenkassen und die Reserven des Gesundheitsfonds sind aufgebraucht. Eine Bereitschaft zu deutlichen Erhöhungen des Bundeszuschusses zur GKV ist im Bundesfinanzministerium nicht erkennbar.

Neben der demografischen Entwicklung unserer Gesellschaft wird diese Ausgabendynamik auch durch den medizinisch-technischen Fortschritt befördert. Beide Faktoren sind dabei sogar eng miteinander verknüpft: Der medizinisch-technische Fortschritt trägt mit dazu bei, dass die Lebenserwartung steigt und damit auch die Wahrscheinlichkeit einer Multimorbidität. Bisher führt der medizinisch-technische Fortschritt jedoch nicht ausreichend dazu, dass das Versorgungssystem effizienter und effektiver wird, also dass ein gleich gutes oder sogar besseres Behandlungsergebnis mit einem geringerem Ressourcenaufwand erzielt werden kann. Stattdessen werden die Behandlungen komplexer und damit Qualitäts- sowie Sicherheitsaspekte wichtiger. Es entstehen insgesamt zusätzliche Kosten, die bisher nicht durch Effizienzsteigerungen kompensiert werden.

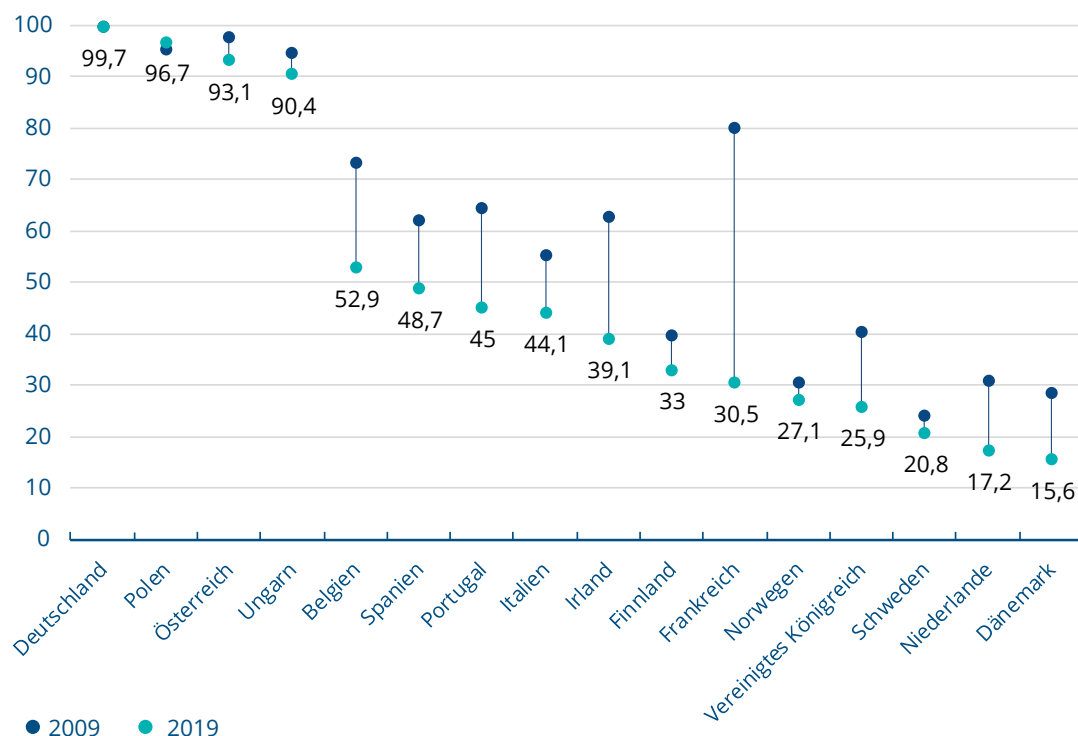
Ambulantisierung: gute Versorgung und Effizienzsteigerung

Der erwähnte medizinisch-technische Fortschritt ermöglicht es heute ohne Risiken für die Versorgungsqualität, bisher mit entsprechend höheren Kosten verbundene stationäre Leistungen auch ambulant zu erbringen. Patientinnen und Patienten präferieren in der Regel ambulante Leistungserbringung vor Ort, weil diese ohne längeren Krankenhausaufenthalt und damit auch mit weniger Risiken - wie beispielsweise nosokomialen Infektionen¹ - erfolgt. Zugleich entlasten ambulante Leistungen das Pflegepersonal, sparen schon allein wegen nicht notwendiger Übernachtungen Kosten und ermöglichen es somit, die knappen Ressourcen für besonders herausfordernde Behandlungen einzusetzen.

Das Gesundheitswesen muss hier die Chancen nutzen, die sich durch den medizinisch-technischen Fortschritt in Verbindung mit Digitalisierung und telemedizinischen Monitoringsystemen ergebenden und den mittlerweile eingeschlagenen Weg einer stärkeren ambulanten Leistungserbringung konsequent weiterverfolgen. Die Bemühungen zu Erweiterung des Katalogs ambulant durchführbarer Operationen (AOP-Katalog) und zur Einführung von sektorengleichen Vergütungen und Leistungen (Hybrid-DRGs) gehen in die richtige Richtung.

Der Nachholbedarf in Sachen Ambulantisierung ist in Deutschland im internationalen Vergleich noch erheblich. Die hiermit verbundenen Möglichkeiten von Ausgabenreduzierungen bei Gewährleistung hoher Versorgungsqualität müssen konsequent erschlossen werden. Am Beispiel der in Deutschland noch vollstationär durchgeführten Leistenhernien-Operationen wird deutlich, welche Potenziale hier bestehen.

Abbildung 5 - Ambulantisierungspotenzial: Anteil vollstationär durchgeführter Leistenhernien-OPs in Prozent (2009 und 2019)



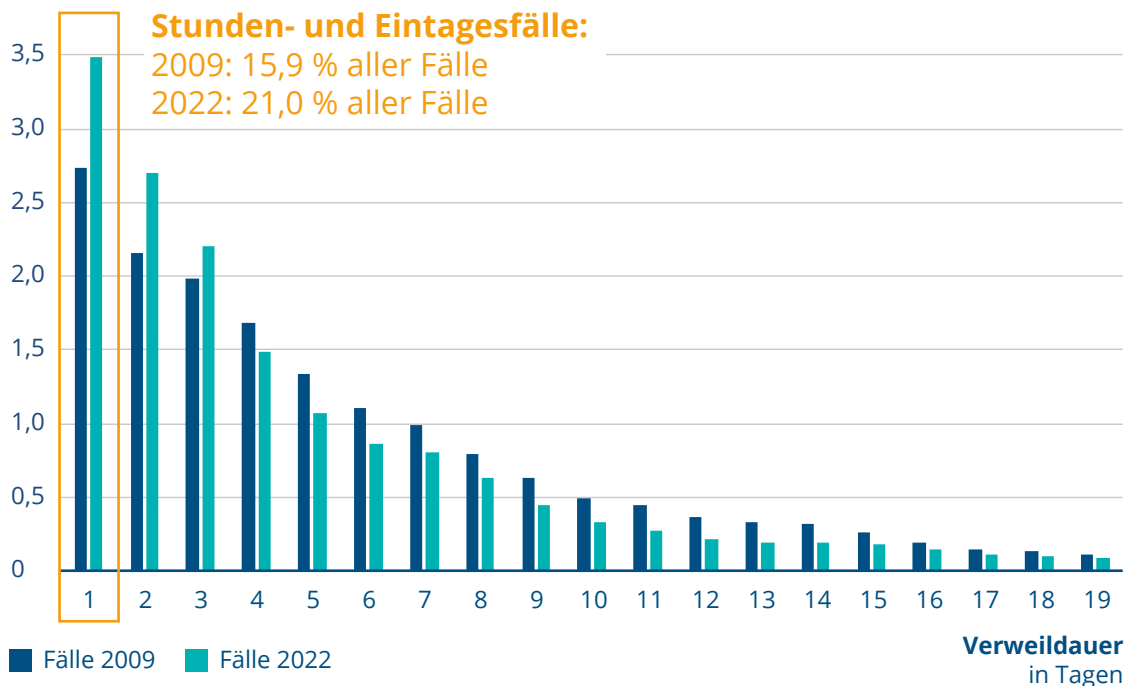
Quelle: Eigene Darstellung nach OECD Health Statistics 2021

¹ Als nosokomial wird im Infektionsschutzgesetz (IfSG) eine Infektion definiert, die im zeitlichen Zusammenhang mit einer stationären oder einer ambulanten medizinischen Maßnahme steht, soweit die Infektion nicht bereits vorher bestand.

Das Potenzial wird auch deutlich, wenn man betrachtet, dass im Jahr 2022 in Deutschland 21 Prozent aller vollstationären somatischen Behandlungsfälle Stunden- und Eintagesfälle waren, von denen die Mehrzahl auch kostengünstiger und Personalressourcen schonender hätte erbracht werden können.

Abbildung 6 - Ambulantisierungspotenzial: Vollstationäre somatische Fälle nach Verweildauer (Entlassjahre 2009 und 2022)

Somatische vollstationäre Fälle
in Millionen



Quelle: Eigene Darstellung auf Grundlage der Daten gem. § 21 Krankenhausentgelt-Gesetz

Der AOP-Katalog umfasst Operationen und Eingriffe, welche Krankenhäuser ambulant durchführen können. Für die Leistungserbringung gelten im Wesentlichen die gleichen Rahmenbedingungen wie für den vertragsärztlichen Bereich. Dennoch fristete der AOP-Katalog seit seiner Einführung ein Schattendasein. Erst nach gesetzlich vorgegebenen Überarbeitungen und Erweiterungen in den letzten Jahren hat sich die Zahl der AOP-Fälle deutlich erhöht. Auch Vertragsärzte profitieren von den Katalogerweiterungen, da auch sie diese Leistungen erbringen dürfen. Der AOP-Katalog ist damit ein relevanter Baustein, um sowohl die Zahl der Krankenhausfälle als auch die Kosten ohne Qualitätsverlust zu senken.

Auch mit den sogenannten Hybrid-DRGs, also sektorenunabhängigen Fallpauschalen, sollen ehemals stationäre Leistungen ambulant erbringbar werden. Dazu soll die Attraktivität der Leistung dadurch gesteigert werden, dass es finanziell keinen Unterschied mehr macht, ob die Patientin oder der Patient über Nacht im Krankenhaus bleibt oder nicht. Auch hier ist eine schrittweise Katalogerweiterung vorgesehen, denn die Zahl der „hybridisierten Eingriffe“ ist noch überschaubar. Die Leistenhernien-Operationen sind aber bereits umfasst, so dass hier in Zukunft von einer deutlichen Absenkung der stationären Fälle auszugehen ist.

Mindestmengen: Strukturen müssen Patientensicherheit erhöhen

Sind medizinische Therapien oder Operationen besonders schwierig und risikoreich, wird das Behandlungsergebnis mit zunehmender Erfahrung der Ärztin bzw. des Arztes oder des Behandlungsteams in der Regel besser. Die sogenannte Mindestmengenregelung setzt genau hier an: Als Qualitätssicherungsinstrument wurde sie bereits 2003 durch das Gesundheitsmodernisierungsgesetz (GMG) eingeführt. Der Gemeinsame Bundesausschuss ist seitdem gesetzlich beauftragt, besonders schwierige Operationen oder Behandlungen zu identifizieren, bei denen ein Zusammenhang zwischen der Behandlungsqualität und der Leistungsmenge – also der Durchführungshäufigkeit – besteht. Lässt sich aus Studien ein Zusammenhang zwischen Fallzahl (Menge) und Qualität der planbaren Behandlung ableiten, legt der G-BA eine konkrete Mindestmenge fest. Dabei prüft der G-BA auch, wie sich verschiedene Mindestmengenhöhen auf die Verteilung von verfügbaren Krankenhausstandorten auswirken und was das jeweils für die Fahrtzeiten und -wege zu einem Krankenhaus bedeutet. Nur wenn die Mindestmenge im Jahresdurchschnitt voraussichtlich erreicht wird, darf die Behandlung – sofern es sich nicht um einen Notfall handelt oder Übergangsregelungen oder Ausnahmetatbestände gelten – von den Krankenhäusern erbracht werden. So ist es gesetzlich in § 136b Abs. 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V sowie in den Mindestmengenregelungen des G-BA festgelegt.

Tabelle 1 - Mindestmengen

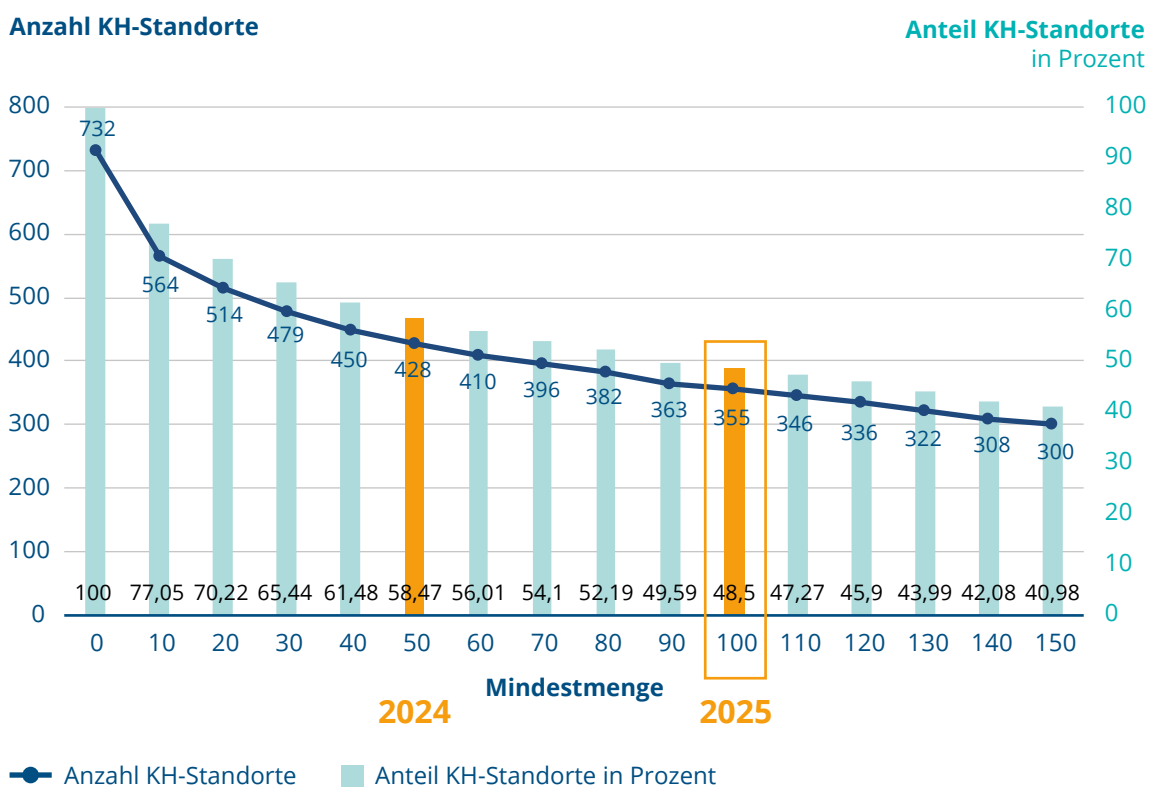
Leistung	Jährliche Mindestmenge je KH-Standort
Lebertransplantation	20
Nierentransplantation	25
Herztransplantation ab 2026	10
Komplexe Eingriffe am Organsystem Ösophagus	26
Komplexe Eingriffe am Organsystem Pankreas ab 2025 (2024)	20 (15)
Allogene Stammzelltransplantation ab 2025 (2024)	40 (25)
Kniegelenk-Totalendoprothesen	50
Versorgung von Früh- und Reifgeborenen mit einem Geburtsgewicht < 1.250 g	25
Chirurgische Behandlung des Brustkrebses ab 2025 (2024)	100 (50)
Thoraxchirurgische Behandlung des Lungenkarzinoms ab 2025 (2024)	75 (40)

Der Gesetzgeber setzt hier auf eine Standortkonzentration und damit auf effiziente Strukturen für eine bessere Patientenversorgung. Trotzdem wird insbesondere die Mindestmenge für die Versorgung von Früh- und Reifgeborene mit einem Geburtsgewicht unter 1.250 Gramm immer wieder in Frage gestellt: Die Versorgung von Frühgeborenen sei keine planbare Leistung, die Mindestmenge gefährde die flächendeckende Versorgung, der G-BA greife in die Planungshoheit der Bundesländer ein etc. Diese Argumente werden vor allem von Lokal- und Landespolitikern, aber natürlich auch von Vertretern betroffener Standorte, die unter der Mindestmenge liegen und keine Ausnahmegenehmigung erhalten haben, öffentlichkeitswirksam vorgebracht. Und dass, obwohl

wir wissen, dass bei einer Erhöhung der jährlichen Fallzahl um nur 10, die Wahrscheinlichkeit, im Krankenhaus zu versterben, bereits um etwa 5 Prozent sinkt. Diese Mindestmenge rettet Menschenleben.

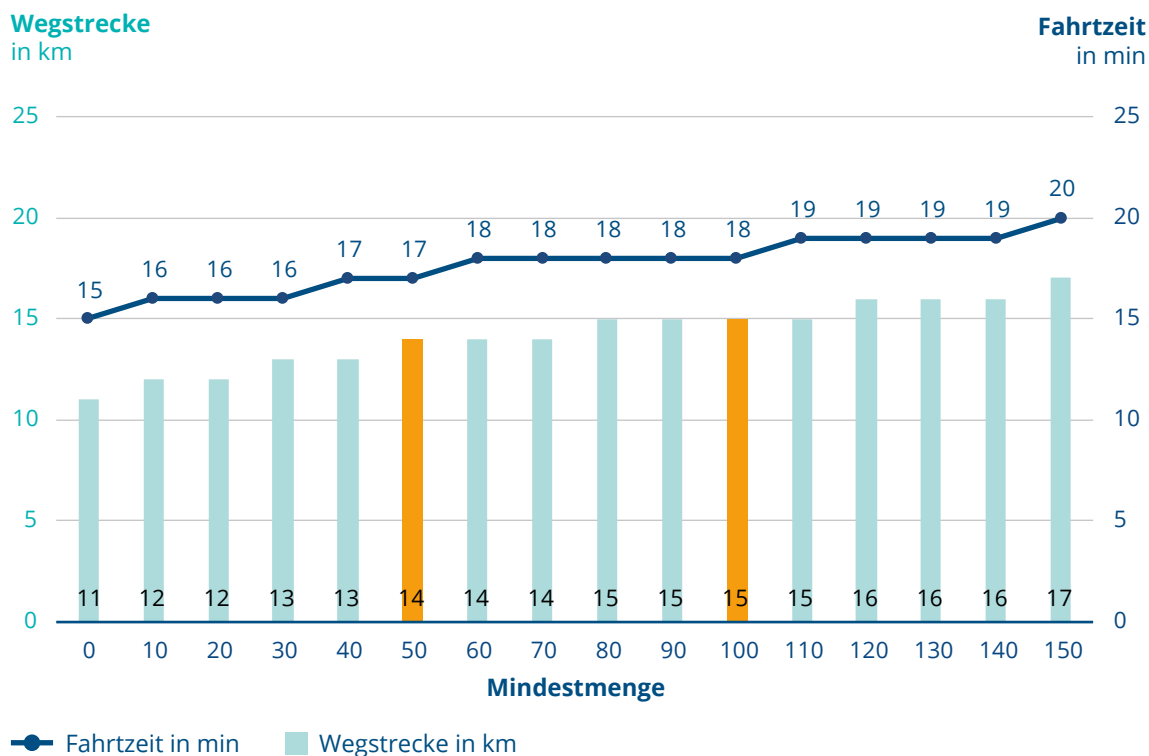
Zur Mindestmenge für die chirurgische Behandlung des Brustkrebses – hier gilt ab 2024 zunächst eine Mindestmenge von 50 Leistungen pro Jahr und Standort, ab dem Jahr 2025 werden es 100 sein – wird es vermutlich ähnliche Diskussion geben wie bei den Frühgeborenen. Aber auch hier haben wir überzeugende und wissenschaftlich begründete Argumente. Bei Brustkrebs besteht effektiv die Chance, kurativ behandelt zu werden. Wir sind es den Frauen (und auch den wenigen daran erkrankten Männern) schuldig, dass sie dabei die bestmögliche Versorgung in spezialisierten Krankenhäusern erhalten. Bislang führten 732 Krankenhäuser Brustkrebs-Operationen durch, davon aber 168 Kliniken weniger als 10 und 218 Kliniken weniger als 20 pro Jahr. Bei einer Mindestmenge von 100 verbleibt etwa die Hälfte der Krankenhäuser, die dann noch Brustkrebs-Operationen durchführen dürfen. Dabei erhöhen sich die durchschnittlichen Wegstrecken und Fahrtzeiten zu diesen hochqualifizierten Kliniken kaum. Für das Jahr 2024 haben insgesamt 425 Klinik-Standorte in Deutschland die Erlaubnis zur Durchführung dieser OPs erhalten, eine Größenordnung, die ziemlich genau der Folgenabschätzung entspricht.

Abbildung 7 - Folgenabschätzungen zu chirurgischer Brustkrebsbehandlung: Auswirkungen auf die Anzahl an Standorten



Quelle: Eigene Darstellung nach IQTIG (2021): Folgenabschätzungen zu Mindestmengen Chirurgische Behandlung des Brustkrebses (Mamma-Ca-Chirurgie). Datenanalysen im Rahmen der Beratungen zu Mindestmengen.

Abbildung 8 - Folgenabschätzungen zu chirurgischer Brustkrebsbehandlung: Auswirkungen auf die Wegstrecken und Fahrtzeiten



Quelle: Eigene Darstellung nach IQTIG (2021): Folgenabschätzungen zu Mindestmengen Chirurgische Behandlung des Brustkrebses (Mamma-Ca-Chirurgie). Datenanalysen im Rahmen der Beratungen zu Mindestmengen.

Optimierung von Strukturen durch die Krankenhausreform

Die bisherige Krankenhausplanung der Bundesländer hat sich in vielen Fällen als ungeeignet erwiesen, die stationären Strukturen bedarfsgerecht zu planen. Krankenhausstandorte sind oftmals schlicht historisch gewachsen und ihre Fachabteilungen sowie Bettenzahl bleiben unangetastet, obwohl sich die Verweildauern pro Fall drastisch verkürzt haben und die Fallzahlen seit der COVID-Pandemie anhaltend gesunken sind. Im Ergebnis sehen wir beispielsweise städtische Ballungszentren mit einer sehr hohen Anzahl an Krankenhäusern, die nicht nur um Patientinnen und Patienten, sondern auch um Fachpersonal und um Investitionsmittel der Bundesländer konkurrieren. Wir sehen andererseits ländliche Regionen mit eigentlich bedarfsnotwendigen Krankenhäusern, denen aber die technische und personelle Ausstattung und die Routine fehlt, lebensbedrohliche Notfälle zu behandeln oder bestimmte planbare Leistungen mit hoher Qualität zu erbringen. Gleichzeitig haben wir ein Vergütungssystem über die Fallpauschalen, das sich aufgrund von Fehlanreizen ebenfalls als zunehmend reformbedürftig erweist.

Es ist bedauerlich, dass die Vorhaltefinanzierung in der Diskussion – und auch im Regierungsentwurf für das Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz – eine so prominente Rolle einnimmt. Das geht zu Lasten jener Instrumente, die auf eine effizientere, weil geordnete Krankenhauslandschaft gesetzt hätten.

Ziel einer Krankenhausreform, die im Ergebnis die Qualität verbessert und vorhandene finanzielle und personelle Ressourcen schonend einsetzt, muss einerseits sein, eine wohnortnahe Basisnotfall- und Grundversorgung im ländlichen Raum zu erhalten. Andererseits aber auch, die heute weit verbreitete „Gelegenheitsversorgung“ dadurch zu unterbinden, dass planbare komplexe Leistungen bedarfsgerecht spezialisierten Krankenhäusern zugewiesen werden. Hierdurch wird nicht nur durch die damit eintretende Steigerung der Prozessroutine die Versorgungsqualität verbessert, sondern es besteht auch die Chance, nicht bedarfsgerechte Versorgungsangebote abzubauen und aufwändige Doppelstrukturen zur Erbringung spezialisierter Leistungen zu vermeiden. Gerade auch mit Blick auf die Personalnot ist das bedeutsam.

Auch wenn das Konzept der Level im Regierungsentwurf aufgegeben wurde, so bleibt eine Ordnung der Krankenhäuser nach den ihnen zugewiesenen Versorgungsaufträgen, also beispielsweise Grundversorger, Maximalversorger oder Spezialversorger, für ein Mehr an Patientensicherheit und effizienten Einsatz von Geldern weiterhin zwingend notwendig.

Ein Beispiel für ein solches ordnendes Strukturprinzip sind die Zentrums-Regelungen, die der G-BA im Auftrag des Gesetzgebers beschlossen hat. Krankenhäuser, die als Zentren „besondere Aufgaben“ wahrnehmen, die über die eigentliche Patientenversorgung hinausgehen, können hierfür finanzielle Zuschläge erhalten. Die Idee: Das spezialisierte, zentralisierte Wissen einiger weniger Krankenhäuser soll bei Bedarf auch von anderen Häusern abgerufen werden können. Der G-BA definiert dabei Anforderungen für diese Beratungsaufgaben und stellt so sicher, dass nur solche Krankenhäuser beraten, die in einem Fachbereich besonders spezialisiert sind und sich aufgrund ihrer medizinischen Kompetenz und Ausstattung von anderen Kliniken abheben. Onkologische Zentren gehörten zu den ersten, für die der G-BA Anforderungen und besondere zuschlagsfähige Aufgaben festgelegt hat. Leider bleiben die meisten Länder beim Ausweisen von Zentren deutlich hinter dem zurück, was möglich wäre und verschenken damit die Chance, Struktur und Qualität zusammenzubringen.

Eine weitere gute Möglichkeit, Krankenhäuser zu klassifizieren und damit effizienter aufzustellen, bietet das System der gestuften Notfallversorgung. Für Krankenhäuser, die sich an der stationären Notfallversorgung beteiligen, hat der G-BA, entsprechend seinem gesetzlichen Auftrag, drei Stufen mit bestimmten technischen und personellen Mindestanforderungen definiert. Krankenhäuser, die diese Vorgaben erfüllen, erhalten finanzielle Zuschläge: Je umfangreicher die Anforderungen, desto höher die Zuschläge.

Tabelle 2 - Gestuftes System von Notfallstrukturen: Anforderungen auf einen Blick (Auswahl, ohne Module)

Basisnotfallstufe	Erweiterte Notfallstufe	Umfassende Notfallstufe
Jeweils ein Facharzt/eine Fachärztin im Bereich Innere Medizin, Chirurgie und Anästhesie innerhalb von 30 Minuten am Patienten verfügbar	Anforderungen der Basisstufe und zusätzlich vier notfallrelevante Fachabteilungen	Anforderungen der Basisstufe und zusätzlich sieben notfallrelevante Fachabteilungen
Zentrale Notaufnahme (ZNA)	Zentrale Notaufnahme (ZNA) und zusätzlich Beobachtungsstation für Kurzlieger (maximal 24 Stunden) mit mindestens sechs Betten	
Intensivstation mit mindestens sechs Intensivbetten, davon mindestens drei mit Beatmungsmöglichkeit	Intensivstation mit mindestens zehn Intensivbetten mit Beatmungsmöglichkeit	Intensivstation mit mindestens 20 Intensivbetten mit Beatmungsmöglichkeit
<ul style="list-style-type: none"> › Schockraum › 24-stündige Verfügbarkeit von Computertomographie (auch in Kooperation) 	Anforderungen der Basisstufe und zu jeder Zeit (24/7) Verfügbarkeit von: <ul style="list-style-type: none"> › notfallendoskopischer Intervention oberer Gastrointestinaltrakt › perkutaner koronarer Intervention › Magnetresonanztomographie › Primärdiagnostik Schlaganfall und Initialtherapie 	

Auf diese guten Vorarbeiten kann der Gesetzgeber bei einer Krankenhausreform sinnvoll aufbauen.

Mit den Mindestmengen und den Notfallstufen- und Zentrums-Regelungen sowie den hier nicht näher ausgeführten Strukturqualitätsrichtlinien des G-BA stehen unverzichtbare Bausteine beziehungsweise Vorarbeiten zur Verfügung, die in eine Neustrukturierung der Krankenhauslandschaft einfließen müssen.

Ob dies angesichts der derzeitigen politischen Diskussionen um das Krankenhausverbesserungsgesetz geschieht und ob das Gesetz am Ende auch die zwingend notwendigen geordneten Strukturanpassungen im stationären Sektor herbeiführen kann, bleibt abzuwarten.

Allgemeine ambulante vertragsärztliche Versorgung: Versorgungsoptimierung durch stärkere Nutzung gesetzlicher Flexibilisierungsmöglichkeiten

Das Sozialgesetzbuch V ermöglicht, angefangen von Angeboten zur hausarztzentrierten Versorgung bis hin zu vielgestaltigen selektivvertraglichen Gestaltungsoptionen, bereits heute in fast allen Bereichen vertragsärztlicher Versorgung, krankenkassenindividuell Vertragsangebote zu gestalten. Dies geschieht angepasst an die Bedürfnisse besonderer Versichertengruppen, um einerseits den Zugang in die Versorgung und die Versorgungsqualität zu verbessern und andererseits die finanziellen Mittel ressourcenschonend einzusetzen.

Die Nutzung insbesondere von selektivvertraglichen Möglichkeiten scheitert vielfach an den bestehenden Genehmigungserfordernissen, die häufig beinhalten, dass schon innerhalb relativ kurzer Zeiträume Effizienzrenditen nachgewiesen werden müssen. Das ist insbesondere bei Verträgen, die die Behandlung chronisch erkrankter und oft multimorbider Patientinnen und Patienten zum Ziel haben, nicht möglich.

Dies führt im Ergebnis dazu, dass in der heutigen Versorgung unnötige Patienten-Arzt-Kontakte stattfinden, Doppel- und Dreifachuntersuchungen durchgeführt werden und bei manchen Patientinnen oder Patienten das Phänomen des „Ärzte-Hoppings“ zu beobachten ist. Dies führt zur Vergeudung kostbarer personeller und finanzieller Ressourcen und ist auch ein Grund für lange Wartezeiten vor allem auf Facharzttermine.

Die regelmäßig erfolgende Evaluation der hausarztzentrierten Versorgung nach § 73b SGB V in Baden-Württemberg hat eindrucksvoll belegt, welche Effekte mit der Einführung einer verbindlichen Arztpraxiswahl für die Primärversorgung verbunden sind, die die Wartezeit verkürzen, Versorgungsqualität verbessern und Ausgaben senken.

So sind in Baden-Württemberg im Vergleich zu den nicht in die hausarztzentrierte Versorgung eingeschlossenen Versicherten die Zahl der unkoordinierten Facharztkontakte um über 45 Prozent, die Hospitalisierungsrate um über 9 Prozent, die Krankenhausliegezeiten um fast 5,5 Prozent, die Krankenhauswiederaufnahmen um mehr als 8,5 Prozent, die stationären Ausgaben um über 3,7 Prozent und die Medikamentenabgabe im ambulanten Sektor um fast 6 Prozent gesunken. Insgesamt waren die Ausgaben für die in die hausarztzentrierte Versorgung eingeschlossenen Versicherten im Jahr 2020 um 2,89 % niedriger als die der Patientinnen und Patienten in der Regelversorgung. Gleichzeitig hat sich die Versorgungszufriedenheit der Versicherten erhöht.

Tabelle 3 - Evaluation der Hausarztzentrierten Versorgung (HZV) in Baden-Württemberg: Ergebnisse der querschnittlichen Basisanalysen für das Jahr 2020

Zielgröße	Unterschied in % Signifikanz – adjustiert –** HZV vs. RV
Hausarztkontakte	+22,68 % p < 0,0001
Facharztkontakte koordiniert	+56,16 % p < 0,0001
Facharztkontakte unkoordiniert	-45,32 % p < 0,0001
Hospitalisierungsrate Durchschnittliche Anzahl der Aufnahmen pro Versicherten	-9,07 % p < 0,0001
Krankenhaustage (Liegezeiten) Durchschnittliche Anzahl der Tage im Krankenhaus pro eingewiesenem Versicherten	-5,48 % p < 0,0001
Krankenhaus-Wiederaufnahmen Durchschnittlicher Anteil der Wiederaufnahmen innerhalb von 4 Wochen pro eingewiesenem Versicherten	-8,55 % p < 0,0001
Vermeidbare Krankenhausaufnahmen („ACSCs“) Anteil an ACSC-Aufnahmen in %	-3,91 % p < 0,0001
Stationäre Ausgaben Ausgaben in € pro Versicherten mit stationärem Aufenthalt im Berichtsjahr	-3,74 % p < 0,0001
Medikamentenausgaben im ambulanten Sektor Ausgaben pro Versicherten, Bruttopreise in € ohne Rabatte	-5,94 % p < 0,0001

Quelle: Eigene Darstellung nach: Laux G / Witte C / Wensing M / Szecsenyi J (2023): Ergebnisbericht zur Evaluation der Hausarztzentrierten Versorgung (HZV) nach § 73b SGB V in Baden-Württemberg (2011 bis 2020). Teil 1.

Hieraus abzuleiten ist, dass hausarztzentrierte Versorgung nach § 73b SGB V noch stärker als bisher in den Fokus rücken und – hierüber wird derzeit diskutiert – zum zwingenden Bestandteil der Regelversorgung gemacht werden sollte. Versicherte, die eine solche hausarztzentrierte Versorgung nicht wünschen, könnten dann über Beitragszuschläge den bisherigen Status quo für sich aufrechterhalten.

Dabei ist zur berücksichtigen, dass der große Erfolg des baden-württembergischen Versorgungsmodells nicht nur durch die Hausarztzentrierung zustande gekommen ist, sondern durch die in diesen Verträgen ebenfalls fest verankerte enge Zusammenarbeit der Primärärztinnen und -ärzte mit den Fachärztinnen und Fachärzten. Eine solche zielgerichtete Zusammenarbeit zwischen den unterschiedlichen Arztgruppen und Leistungserbringern ist unabdingbare Voraussetzung, um eine optimierte und ganzheitliche patientenzentrierte Versorgung sicherzustellen. Des Weiteren

sind die Digitalisierung und der Einsatz innovativer Technologien wichtige Erfolgsfaktoren für eine ressourcenschonende Weiterentwicklung einer effizienten und patientenfreundlichen ambulanten Versorgung.

Weitere Entwicklungspotenziale ergeben sich durch die Einführung populationsbezogener integrierter Versorgungsmodelle, auch wenn die vom Innovationsfonds beim G-BA geförderte 10-Jahres-Evaluation des Projektes „Gesundes Kinzigtal“ ergeben hat, dass sich die Versorgungsqualität in der Region über den Beobachtungszeitraum nur in ähnlichem Maße wie in den Kontrollregionen verändert hat. Eine über den säkularen Trend hinausgehende Verbesserung konnte nicht gezeigt werden, Verschlechterungen, die oftmals bei einem Einspar-Contracting vermutet werden, sind aber auch nicht beobachtet worden. Hierbei ist zu berücksichtigen, dass die Evaluation kein abschließendes Urteil ermöglicht hat, weil zur Beurteilung der Gesamteffekte weitere Forschungsergebnisse erforderlich wären, um die im Projekt gewonnenen Erkenntnisse zu erweitern. Insofern sind die Ergebnisse bei der Weiterentwicklung ähnlicher Versorgungsansätze sehr hilfreich.

Eine Vielzahl weiterer Projekte zur Versorgungsoptimierung durch Selektivverträge oder sonstige koordinierte Zusammenarbeit sind in den vergangenen Jahren durch Förderung des Innovationsfonds auf ihre Effekte geprüft worden.

Beispielhaft möchte ich hier nur auf folgende Projekte aus verschiedensten Bereichen verweisen.

› **Projekt „pAVK-TeGeCoach“**

Periphere arterielle Verschlusskrankheit: Gesundheitscoaching und telemetrisch unterstütztes Gehtraining zur Steigerung der Lebensqualität

Das Projekt hat erfolgreich ein patientenzentriertes Gesundheitscoaching inklusive telemetrisch gestütztem Gehtraining (TeGeCoach) als zwölf-monatige Intervention für Patientinnen und Patienten mit peripherer arterieller Verschlusskrankheit (pAVK) implementiert und wissenschaftlich evaluiert. Die Evaluationsergebnisse zeigten direkt im Anschluss an den betrachteten Interventionszeitraum eine stärkere Verbesserung der Gehbeeinträchtigung in der Interventionsgruppe im Vergleich zur Kontrollgruppe bei einem statistisch signifikanten und klinisch relevanten Effekt. Für die betrachteten sekundären Endpunkte wurden ebenfalls überwiegend statistisch signifikante Unterschiede für die beiden Erhebungszeitpunkte zugunsten der Interventionsgruppe erreicht. Zwölf Monate nach Abschluss der Intervention war allerdings nur noch die Endpunkte Gehstrecke, Gehgeschwindigkeit sowie Gehbeeinträchtigung klinisch relevant. Aber auch dies ist für Patienten wichtig.

› **Projekt „Rise-uP“**

Rücken: innovative Schmerztherapie mit e-Health für unsere Patienten

Das Projekt hat erfolgreich eine neue Versorgungsform (NVF) zur Verbesserung der Behandlung von Patientinnen und Patienten mit nicht-spezifischen Rückenschmerzen im hausärztlichen Setting in Bayern eingeführt. Die Wirksamkeitsevaluation zeigte für den primären Endpunkt Schmerzniveau in der Interventionsgruppe eine signifikant stärkere Reduzierung nach zwölf Monaten im Vergleich zur Kontrollgruppe. Im Vergleich waren die Gesamtkosten für die Versorgung in der Interventionsgruppe durchschnittlich um 247 Euro niedriger als in der Kontrollgruppe.

› **Projekt „Arena“**

Antibiotika-Resistenzentwicklung nachhaltig abwenden

Das Projekt hat erfolgreich eine neue Versorgungsform (NVF) zur Senkung der Antibiotika-Verordnungsrate bei unkomplizierten Infektionen implementiert. Insgesamt zeigen die Projektergebnisse, dass insbesondere die Kombination der Interventionskomponenten Qualitätszirkel, datenbasierte Feedback-Berichte, E-Learning sowie eine ergebnisabhängige Vergütung für Ärztinnen und Ärzte, Öffentlichkeitskampagnen sowie zielgerichtete Patientinnen- und Patienteninformationen das Potenzial aufweist, einen wesentlichen Beitrag zur Stärkung des leitliniengerechten Einsatzes von Antibiotika in Deutschland zu leisten.

› **Projekt „RESIST“**

RESISTenzvermeidung durch adäquaten Antibiotikaeinsatz bei akuten Atemwegsinfektionen

Das Projekt hat erfolgreich eine neue Versorgungsform (NVF) zur Verringerung der allgemeinen Antibiotikaverordnungsrate bei akuten Atemwegsinfekten (AWI) sowie zur Stärkung des leitliniengerechten Einsatzes von Breitbandantibiotika umgesetzt. Es konnte gezeigt werden, dass die allgemeine Antibiotikaverordnung durch die NVF signifikant um 0,5 Prozent gesenkt werden konnte. Bei Patientinnen und Patienten mit AWI zeigte sich im Rahmen der NVF ein signifikanter Unterschied bei Antibiotikaverordnungen. Eine breitere Umsetzung des Konzepts könnte einen relevanten Beitrag zur Stärkung des leitliniengerechten Einsatzes von Antibiotika in Deutschland leisten.

› **Projekt „OAV“**

Optimierte Arzneimittelversorgung für pflegebedürftige geriatrische Patienten (OAV)

Das Projekt OAV hat erfolgreich eine neue Versorgungsform (NVF) zur Optimierung der Strukturen und Prozesse der Arzneimittelversorgung bei pflegebedürftigen geriatrischen Patientinnen und Patienten implementiert und evaluiert. Die Analysen zeigten, dass die Inzidenz unerwünschter Arzneimittelereignisse statistisch signifikant um 27,5 Prozent gesenkt werden konnte, die Inzidenz der Krankenhauseinweisungen um 17,5 Prozent.

› **Projekt „StärkeR“**

Strukturierte Delegation ärztlicher Leistungen im Rahmen konzeptionsgeregelter Kooperation in der Versorgung von Patienten mit entzündlichem Rheuma

Das Projekt StärkeR zielte darauf ab, die Zusammenarbeit verschiedener Berufsgruppen in der Rheumatologie effektiver und effizienter zu gestalten. Dafür wurde im Rahmen der neuen Versorgungsform (NVF) erfolgreich eine strukturierte Übertragung ärztlicher Leistungen an qualifizierte Rheumatologische Fachassistentinnen und Fachassistenten (RFA) an rheumatologischen Schwerpunktpraxen und Krankenhausambulanzen in Westfalen-Lippe implementiert. Die begleitende Effektevaluation lieferte einen Nachweis zur Nicht-Unterlegenheit der teambasierten Versorgungsform gegenüber der Regelversorgung hinsichtlich Krankheitsaktivität und gesundheitsbezogenen Lebensqualität.

› **Projekt „TeleDerm“**

Implementierung teledermatologischer Konsile in die hausärztliche Versorgung – kontrollierte Studie mit qualitativ-quantitativer Prozessevaluation

Ziel des Projekts TeleDerm war es, die Machbarkeit und die Akzeptanz dermatologischer Telekonsile in der Hausarztpraxis sowie ihre Auswirkungen auf die hausärztlichen Überweisungsrate an den Dermatologen zu untersuchen. Die Prozessevaluation zeigte eine insgesamt gute Akzeptanz der neuen Versorgungsform sowohl bei Patientinnen und Patienten als auch bei Ärztinnen und Ärzten.

Gleichwohl konnte gezeigt werden, dass dermatologische Telekonsile sowohl technisch als auch administrativ umsetzbar sind. Auch wird das im Projekt TeleDerm umgesetzte Telekonsil durch die Aufnahme in den Vertrag zur Hausarztzentrierten Versorgung der AOK Baden-Württemberg unter dem Namen „TeleScan“ aktuell weitergeführt.

Diese beispielhaft genannten Projekte und eine Vielzahl von weiteren derzeit in der Erprobung durch den Innovationsfonds befindliche neue Versorgungsmodelle gilt es nun in größeren Selektivverträgen zu implementieren und so den Versorgungswettbewerb zu stärken und Versicherten Wahlmöglichkeiten zu eröffnen.

Fazit

Im Rahmen der derzeitigen gesetzlichen Regelungen gibt es noch eine Vielzahl von Möglichkeiten, Versorgungsstrukturen so anzupassen und umzugestalten, dass ohne Abstriche an der Versorgungsqualität immer knapper werdende personelle und finanzielle Ressourcen optimierter eingesetzt werden können. Nur so kann das aus dem Sozialstaatsprinzip des Artikels 20 Grundgesetz abzuleitende Gebot der Gewährleistung einer angemessenen, zweckmäßigen, wirtschaftlichen und qualitativ hochwertigen Gesundheitsversorgung, das damit auch nur eingeschränkten gesetzgeberischen Handlungsmöglichkeiten in Bezug auf Einschränkungen des Leistungsumfanges zugänglich ist, zu gewährleisten. Zugleich kann und muss dabei dem Gebot der Herstellung und Gewährleistung einheitlicher Lebensverhältnisse Rechnung getragen werden, das uns verpflichtet, auch den Versorgungsbelangen in dünner besiedelten ländlichen Regionen Rechnung zu tragen.

Diskussionswürdig erscheinen mir Überlegungen zur stärkeren Primärprävention neben mehr frühen Schulungs- und Aufklärungsangeboten, die möglichst schon in Kindergärten und Schulen eingesetzt werden sollten. Auch könnte man über die Einführung von Präventionsabgaben auf nachgewiesenermaßen schädliche Substanzen wie Tabakwaren oder (zumindest hochprozentige) Alkoholika nachdenken, die der Krankenversicherung zweckgebunden zufließen.

Auch weitere sozialverträglich ausgestaltete Eigenbeteiligungen in Gestalt von Zuzahlungen dürfen auf Dauer kein Tabuthema sein, um das Bewusstsein der Versicherten für die immensen Kosten guter Gesundheitsversorgung zu schärfen und in manchen Fällen zu beobachtende, völlig unnötige Leistungsansprüche, zu reduzieren.



Effiziente Versorgung braucht Wettbewerb und knappheitsgerechte Preise

Ein Therapieplan für die ambulante Versorgung

Jochen Pimpertz

- › Medizinische Innovationen, die demografische Entwicklung und eine marktferne Steuerungslogik führen zu überproportional steigenden Ausgaben in der Gesetzlichen Krankenversicherung.
- › Die ambulante Versorgung folgt nicht den Grundsätzen eines marktwirtschaftlichen Systems. Es fehlen Preissignale, um das Verhalten auf Versichertenseite zu steuern. Auf der Versorgungsseite ist der Wettbewerb eingeschränkt.
- › In der solidarischen Krankenversicherung entstehen komplexe Wechselwirkungen zwischen den Akteuren.
- › Effizienzpotenziale sind daher nicht bei einzelnen Akteuren, sondern gleichermaßen bei Versicherten, Krankenkassen und Leistungsanbietern zu suchen.
- › Wettbewerb kann in der solidarisch finanzierten Krankenversicherung zu effizienteren Lösungen führen – zum Beispiel im Rahmen der wohnortnahen Versorgung, sofern die Beteiligten ausreichend Gestaltungsfreiheit besitzen.
- › Dafür braucht es ein Preissignal in Form eines monatlich zu zahlenden Betrages, damit die Versicherten die Wahl aus verschiedenen Modellen kostenbewusst treffen können.

GKV in der Patientenaufnahme – die Anamnese

Die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) leidet an einem überproportional starken Wachstum der Ausgaben. Pro Kopf gerechnet steigen sie seit über zwei Dekaden im Durchschnitt jedes Jahr um mehr als einen Prozentpunkt stärker als die beitragspflichtigen Einkommen. Dabei hat sich die Beitragsbemessungsgrundlage – auch aufgrund der günstigen Arbeitsmarktentwicklung – nahezu im Gleichschritt mit der Wirtschaftsleistung je Einwohner entwickelt.¹

Das Ausgabenwachstum ließe sich mit dem hohen Anteil personenbezogener Dienstleistungen in der medizinischen Versorgung erklären. Deshalb können im Gesundheitswesen Produktivitätsfortschritte weniger leicht erzielt werden als in kapitalintensiv produzierenden Branchen. Folgen die Lohnabschlüsse der gesamtwirtschaftlichen Produktivitätsentwicklung, führt das zu steigenden Kosten im Gesundheitswesen („Baumol’sche Kostenkrankheit“).

Die GKV verspricht aber auch, Patientinnen und Patienten auf dem jeweils aktuellen Stand der ärztlichen Kunst zu versorgen. Für Versicherte ist das begrüßenswert, zum Beispiel wenn medizinische Innovationen die Behandlungsmöglichkeiten erweitern – etwa bei der Therapie von Krebserkrankungen. Eine verbesserte Medizin kostet aber.²

Darüber hinaus treibt die demografische Entwicklung die Ausgabenentwicklung. Denn typischerweise benötigen Versicherte mit zunehmendem Alter mehr und aufwendigere Behandlungen. Werden Altersklassen mit überdurchschnittlichen Leistungsausgaben häufiger besetzt, steigen die GKV-Ausgaben.³

Schließlich steht im Raum, dass das deutsche Gesundheitssystem zwar eine im internationalen Vergleich gute Versorgung gewährleiste, diese aber hohe Kosten verursache. Diese Vermutung lässt sich ökonomisch damit begründen, dass Preissignale und Wettbewerb bei der Versorgung der GKV-Versicherten nicht in gleicher Art wirken wie auf weniger stark regulierten Märkten, denen eine effizientere Lenkung knapper Ressourcen nachgesagt wird. Das motiviert zu der Frage, ob und wie marktwirtschaftliche Steuerungselemente genutzt werden können, um die medizinische Versorgung zu geringeren Kosten zu gewährleisten.

Angesichts der Komplexität des Gesundheitssystems konzentrieren sich die folgenden Überlegungen auf die ambulante Versorgung. Welche Probleme ergeben sich im bestehenden System, welche sozialpolitischen Ziele sind zu beachten, welche Bedingungen müssen erfüllt sein, damit marktwirtschaftliche Elemente die erhofften Lenkungswirkungen erzeugen, und wie sähe eine konkrete Reformoption aus?

1 Jochen Pimpertz (2023): Entwicklung der Ausgaben und Einnahmen in der Gesetzlichen Krankenversicherung, in: *IW-Trends*, Jg. 50, Heft 4, S. 66 f.; online unter: <https://www.iwkoeln.de/studien/jochen-pimpertz-entwicklung-der-ausgaben-und-einnahmen-in-der-gesetzlichen-krankenversicherung.html> [letzter Aufruf: 23.05.2024].

2 Jochen Pimpertz (2001): Marktwirtschaftliche Ordnung der sozialen Krankenversicherung, Untersuchungen zur Wirtschaftspolitik, Nr. 121, Köln, S. 50 ff. & Jochen Pimpertz (2023): Entwicklung der Ausgaben und Einnahmen in der Gesetzlichen Krankenversicherung, in: *IW-Trends*, Jg. 50, Heft 4, S. 75.

3 Martin Beznoska u. a. (2023): Wie beeinflusst die Demografie das Solidaritätsprinzip in der GKV? In: *Sozialer Fortschritt*, Jg. 72, 2023, Heft 6, S. 513.

Idealvorstellung und erste Befunde

Merkmale eines marktwirtschaftlichen Systems

Für die Organisation von Märkten spielen Preisbildung, Marktzugang und Wettbewerb eine zentrale Rolle. Das lässt sich am Beispiel der Lebensmittelversorgung anschaulich nachvollziehen. Wer in Deutschland Nahrungsmittel anbieten möchte, der muss unter anderem lebensmittelrechtliche Auflagen erfüllen. Deren Einhaltung gewährleistet, dass von dem Verzehr der Waren keine gesundheitlichen Gefahren ausgehen. Für den Rechtsrahmen und die notwendigen Kontrollen sorgt der Staat. Neben der Qualitätssicherung ist aber auch eine hinreichende Versorgung von essenzieller Bedeutung. Doch stellt nicht etwa der Staat die Lebensmittel im Rahmen der Daseinsvorsorge bereit. Vielmehr überlässt er diese Aufgabe den Marktkräften, welche die Interessen von Verbrauchern, Erzeugern und Handel koordinieren.

Ein freier Marktzugang und der daraus resultierende Wettbewerb sorgen dafür, dass den Bürgerinnen und Bürgern ein vielfältiges Angebot zur Auswahl steht. Ob Bäckerei, Metzgerei oder Obst- und Gemüsehändler, Bauernladen oder Wochenmarkt, Discounter oder Supermarkt, Lebensmittel können bei verschiedenen Anbietern erworben werden. Dabei werden gleichartige Lebensmittel zu unterschiedlichen Preisen angeboten, im Sortiment eines Supermarkts sogar unmittelbar nebeneinander. Das ergibt nur Sinn, wenn diese Vielfalt auf unterschiedliche Wünsche und Bedürfnisse trifft – anderenfalls würden die Erzeugerinnen und Erzeuger oder der Handel auf den Waren sitzen bleiben und die dafür aufgewendeten Ressourcen wären verschwendet. Offensichtlich schätzen die Nachfrager aber verschiedene Angebote gleichartiger Lebensmittel unterschiedlich wert. Warum sonst sollten sie sich für ein höherpreisiges Produkt entscheiden, wenn sie sich davon nicht besondere Eigenschaften versprechen und die dafür notwendige Zahlungsbereitschaft aufbringen?

Der Wettbewerb übernimmt dabei zwei Funktionen: Er zwingt sowohl die Lebensmittelproduzenten als auch den Handel, ihre Produkte und Dienstleistungen zu geringstmöglichen Preisen anzubieten. Anderenfalls drohen sie Marktanteile an Mitbewerber zu verlieren, die gleiche Qualitäten günstiger anbieten können. Deshalb müssen sie möglichst effizient produzieren. Gleichzeitig fordert er die Anbieter heraus, immer wieder aufs Neue auszuloten, welche Produktdifferenzierungen den Bedürfnissen der Konsumentinnen und Konsumenten entsprechen. Legen die eine hinreichende Zahlungsbereitschaft an den Tag, um die erforderlichen Ressourcen zu entgelten, haben Produzenten und Handel einen Anreiz, ihr Angebot aufrecht zu erhalten oder gar auszuweiten. Solange sich Preise frei bilden und unternehmerische Interessen dem Wettbewerb ausgesetzt sind, gewährleistet der Markt eine effiziente und ausreichende Lebensmittelversorgung.

Fehlende Preissignale auf Versichertenseite

Für die ambulante Versorgung gelten jedoch andere Regeln. Leistung und Gegenleistung werden nicht wie auf dem Lebensmittelmarkt zwischen den jeweiligen Marktparteien ausgehandelt. Vielmehr zahlen die GKV-Versicherten einen Beitrag, der von der Höhe ihres beitragspflichtigen Einkommens abhängt, statt von der Höhe des versicherten Risikos. Im Fall eines medizinischen Bedarfs erhalten sie die notwendigen Behandlungen nach dem Sachleistungsprinzip, das heißt ohne Zahlung eines weiteren Geldbetrags. Dabei können sie frei, das heißt für sie kostenlos, zwischen den zur Versorgung zugelassenen Anbietern wählen.

Ein finanzieller Anreiz für die Auswahl des Versorgungsangebots besteht nicht. Selbst wenn sich jemand für das Modell einer hausarztzentrierten Versorgung entscheidet, in dem eine Hausärztin oder ein Hausarzt den Zugang zur fachärztlichen Versorgung lenkt, hängt die Höhe des Beitrags

nicht von den Kosten oder Vorzügen dieser Versorgungsform ab. Sollte die hausarztzentrierte Versorgung zu geringeren Kosten möglich sein, werden Einsparpotenziale im GKV-Kollektiv sozialisiert.

Eingeschränkter Wettbewerb in der Versorgung

Ebenso wenig kann das Entgelt (der Preis) auf Seiten der Leistungsanbieter seine Steuerungswirkung entfalten. Denn in der ambulanten Versorgung erhalten frei praktizierende Ärztinnen und Ärzte grundsätzlich einheitliche Entgelte für gleichartige Kassenleistungen. Das gilt auch dann, wenn es in einer Praxis gelingt, die gleiche Leistungsqualität zu geringeren Kosten bereitzustellen als in anderen Praxen. Mit der Budgetierung wird zudem die abrechenbare Summe der Leistungsentgelte einer Praxis gedeckelt; einer Anpassung des Budgets an veränderte Bedarfe oder Belastungsspitzen sind enge Grenzen gesetzt.

Zwar können im Rahmen der hausarztzentrierten Versorgung separat Verträge mit den Krankenkassen ausgehandelt werden (SGB V § 73b). Theoretisch ist also denkbar, dass in solchen Netzwerken Budgetvorschriften zugunsten geringerer Leistungsentgelte aufgeweicht werden. Das könnte sich für teilnehmende Praxen lohnen, sofern sie ein höheres Patientenaufkommen erwarten dürfen als bei freier Arztwahl. Doch solange Versicherte keinen Anreiz verspüren, sich freiwillig in ihrer Wahl des Anbieters zu beschränken, ist die Wahrscheinlichkeit gering, dass sich eine hinreichend hohe Anzahl an Versicherten auf die hausarztzentrierte Versorgung verpflichtet. Damit sinkt aber auch der Anreiz für Anbieter medizinischer Leistungen, sich auf abweichende Konditionen einzulassen.

Systemische Diagnose – Solidaritätsprinzip beachten

Argumente gegen Differenzierungen des GKV-Beitrags

Wenn das Preissignal für die GKV-Versicherten nicht in gleicher Weise wirkt wie auf dem Lebensmittelmittelmarkt, dann wird das vor allem mit dem für die GKV maßgeblichen Solidaritätsprinzip begründet. Denn die Versicherten sollen unabhängig von ihren gesundheitlichen Voraussetzungen abgesichert werden und unabhängig von ihren finanziellen Möglichkeiten Zugang zur medizinischen Versorgung erhalten.

Vergleicht man den solidarischen Beitrag mit einer Prämie, die sich auf dem Versicherungsmarkt nach der Höhe des individuellen Erkrankungsrisikos bemessen würde,⁴ dann tragen Mitglieder in der GKV zum solidarischen Ausgleich bei, wenn der Beitrag den Gegenwert des Versicherungsrisikos übertrifft. Die Differenz ist der Solidarbeitrag, mit dem anderen Versicherten der Zugang zur medizinischen Versorgung ermöglicht wird, deren Beitrag nicht ausreicht, um das eigene Risiko zu decken.

Wollte man nun den GKV-Versicherten die Möglichkeit bieten, einzelne Leistungen abzuwählen oder die Höhe eines Selbstbehalts frei zu verhandeln, dann würden Versicherte eine höhere Kostenbeteiligung nur dann akzeptieren, wenn sie im Gegenzug einen geringeren Beitrag zahlen müssten.

4 Martin Beznoska u. a. (2023): Wie beeinflusst die Demografie das Solidaritätsprinzip in der GKV? In: *Sozialer Fortschritt*, Jg. 72, 2023, Heft 6, S. 12 f. & Martin Beznoska u. a. (2021): Führt eine Bürgerversicherung zu mehr Solidarität? *IW-Analysen*, Nr. 143, S. 502 f.; online unter: <https://www.iwkoeln.de/studien/martin-beznoska-jochen-pimpertz-maximilian-stockhausen-eine-vermessung-des-solidaritaetsprinzips-in-der-gesetzlichen-krankenversicherung.html> [letzter Aufruf: 03.06.2024] & Susanna Kochskämper und Jochen Pimpertz (2015): Welche Umverteilungseffekte deckt das Solidaritätsprinzip in der GKV ab? *IW-Trends*, Jg. 42, Heft 1, S. 106 f.; online unter: <https://www.iwkoeln.de/studien/susanna-kochskaemper-jochen-pimpertz-welche-umverteilungseffekte-deckt-das-solidaritaetsprinzip-in-der-gkv-ab-215637.html> [letzter Aufruf: 03.06.2024].

Dann stünde aber zu befürchten, dass sich gesundheitlich privilegierte und materiell begüterte Versicherte für Optionen entscheiden, die sich für Menschen mit höheren Gesundheitsrisiken oder niedrigerem Einkommen nicht lohnen. Im Ergebnis käme es zu einer Selektion der Risikogruppen, der solidarische Ausgleich würde verhindert.⁵

Deshalb besteht eine erste Herausforderung für eine Implementierung marktwirtschaftlicher Steuerungselemente darin, den Anspruch einer möglichst umfassenden solidarischen Finanzierung gegen Wahlmöglichkeiten abzuwägen, die nur dann einen ökonomischen Lenkungseffekt entfalten, wenn sie zu unterschiedlich hohen Preisen angeboten werden.

Ausgabendämpfung statt Wettbewerb in der ambulanten Versorgung

Auf Seiten der medizinischen Versorgung wird eine eher marktferne Steuerung vor allem mit der Begrenzung des Leistungsvolumens begründet. Denn im Raum steht die Vermutung (und Beobachtung), dass in dicht versorgten Regionen ein höheres Leistungsvolumen abgerechnet wird als zum Beispiel in ländlichen Regionen. Anders als auf den Lebensmittelmärkten wird deshalb der Zugang zur kassenärztlichen Versorgung vor allem in städtischen Regionen eingeschränkt. Gleichzeitig begrenzen praxisindividuelle Budgets das abrechenbare Leistungsvolumen, um einer unerwünschten Leistungsausdehnung entgegenzuwirken.

Folglich entscheidet nicht nur der Nachweis der fachlichen Qualifikation über die Vielfalt des Angebots, sondern auch die Wettbewerberdichte vor Ort. Zudem gelten für alle zugelassenen Praxen einheitliche Entgelte für gleichartige Leistungen. Würde man bei einer höheren Anbieterdichte auf dem Lebensmittelmarkt erwarten, dass die Preise (Entgelte) bei zusätzlichen Markteintritten so lange sinken, bis nur noch effizient wirtschaftende Anbieter zum Zuge kommen, verhindert der beschränkte Marktzugang und die Vorgabe einheitlicher Preise, dass Kostenvorteile einzelner Praxen mit den Krankenkassen und Versicherten geteilt werden können.

Die Einheitlichkeit der Leistungsentgelte ließe sich mit dem Sicherstellungsauftrag begründen. Denn wer zur kassenärztlichen Versorgung berechtigt ist, muss grundsätzlich alle GKV-Versicherten versorgen. Fraglich ist aber, ob sich das Solidaritätsversprechen auf eine für alle kostenlos freie Wahl der Anbieter erstrecken muss. Wenn eine marktwirtschaftliche Steuerung der ambulanten Versorgung voraussetzt, den Marktzugang zu öffnen und eine freie Preisbildung zu erlauben, dann sind diese Bedingungen gegen den Anspruch abzuwägen, die medizinische Versorgung bei kostenlos freier Arztwahl zu gewährleisten.

Konsil – interdependente Diagnosen

Singuläre Maßnahmen entfalten kaum Steuerungswirkung

Vor dem Hintergrund der bisherigen Überlegungen kämen Maßnahmen, die die Anreize allein bei den Versicherten oder den Krankenkassen oder den Leistungserbringern verändern, dem Versuch gleich, einen multimorbiden Patienten mit der Behandlung eines Symptoms zur Genesung verhelfen zu wollen.

⁵ Jochen Pimpertz (2001): Marktwirtschaftliche Ordnung der sozialen Krankenversicherung, Untersuchungen zur Wirtschaftspolitik, Nr. 121, Köln, S. 126 ff.

Kostenbeteiligung ohne Lenkungswirkung

So erhoffte man sich hierzulande von der Einführung einer Praxisgebühr, die im internationalen Vergleich hohe Frequenz der Arzt-Patient-Kontakte reduzieren und damit den Ausgabenanstieg in der ambulanten Versorgung bremsen zu können. Ökonomisch betrachtet geraten jedoch Praxisgebühr oder andere Formen der Kostenbeteiligung in einen Konflikt mit dem Solidaritätsgedanken. Denn jene Versicherte, die aufgrund ihres Gesundheitszustands häufiger eine ärztliche Praxis kontaktieren müssen, schultern höhere Zuzahlungen. Der solidarische Ausgleich zwischen höheren und niedrigeren Risiken wird folglich eingeschränkt. Das Argument gilt analog für die Einführung eines Eigenanteils an den Behandlungskosten (Selbstbehalt).

Doch ob Praxisgebühr oder Eigenanteil, selbst wenn es zu der erhofften Reduktion der Arzt-Patient-Kontakte käme, stünde im Raum, dass erkrankte Personen aus finanziellen Gründen medizinisch notwendige Behandlungen hinauszögern oder vermeiden. Droht daraufhin eine schlechtere Behandlungsprognose oder ein höherer Behandlungsaufwand – so das Argument derjenigen, die sich gegen finanzielle Eigenbeteiligungen aussprechen –, dann wäre für die GKV kaum etwas gewonnen. Davon unberührt bleiben Fehlanreize auf Seiten der Leistungserbringer bestehen.

Ausgabenbegrenzung mit fragwürdiger Lenkung

Ebenso wenig hätte es Aussicht auf Erfolg, wollte man die einheitlichen Leistungsentgelte oder Praxisbudgets künftig nicht mehr an die Entwicklung der beitragspflichtigen Einkommen oder an die Inflation anpassen. Zwar ließe sich damit das Wachstum der GKV-Ausgaben in der ambulanten Versorgung bremsen. Weil der reale Wert der Leistungsentgelte dann aber sinkt, wird es für Investoren und Arbeitskräfte immer weniger attraktiv, ihre Ressourcen in der medizinischen Versorgung einzusetzen. Denkbar wäre immerhin, dass sich damit der Wirtschaftlichkeitsdruck für die etablierten Anbieter erhöht. Gleichwohl würden Praxen, denen eine effizientere Bereitstellung gelingt, weiterhin keinen Anreiz verspüren (und keine Möglichkeit haben), gleichartige Leistungen zu geringerem Entgelt anzubieten als ihre Mitbewerber.

Die Illusion besteht darin, dass ein effizientes Marktergebnis über die zentrale Steuerung der Entgelte und Budgets herbeigeführt werden könne. Tatsächlich zwingt aber erst die freie Preisbildung bei offenem Marktzugang die Anbieter, effiziente Versorgungslösungen zu entwickeln und diese zu möglichst niedrigen Preisen anzubieten.

Wahloptionen ohne Preisunterschiede vermeiden Lenkung

Schließlich steht der Kassenwettbewerb im Fokus der Reformüberlegungen. So wird unter anderem angemahnt, dass die Anzahl der Krankenkassen unnötig hoch sei und deren Aufgaben auch bei geringerer Wettbewerbsdichte erfüllt werden könnten. Das Argument führt jedoch den Wettbewerbsgedanken ad absurdum. Denn nicht der Staat kennt die optimale Kassenanzahl, sondern im Wettbewerb bildet sich die optimale Anzahl heraus, sofern die GKV-Mitglieder zwischen Angeboten zu unterschiedlichen Preisen wählen können. Außerdem sind die Netto-Verwaltungskosten mit einem Ausgabenanteil von weniger als fünf Prozent von eher nachrangiger Bedeutung.

Aus marktwirtschaftlicher Perspektive mangelt es den Krankenkassen vielmehr an Möglichkeiten und Anreizen, ihre Angebote nach verschiedenen Versorgungsmodellen zu differenzieren und den Versicherten zu unterschiedlichen Preisen anzubieten.

Kreislaufwirtschaft statt Leistung und Gegenleistung

Eine freie Preisbildung bei offenem Marktzugang entfaltet ihre Wirkung, weil die Marktparteien – individuell oder im Kollektiv – ihren Austausch von Leistung und Gegenleistung bilateral aushandeln. Dabei wird unterstellt, dass ein Tausch nur dann freiwillig zustande kommt, wenn sich beide Seiten dadurch besserstellen. Im Wettbewerb konkurrierender Angebote ermöglicht das Preissignal den Konsumentinnen und Konsumenten, Kosten und Nutzen unterschiedlicher Leistungsmerkmale gegeneinander abzuwägen.

In der GKV werden die Leistungsbeziehungen aber nicht bilateral geregelt, sondern in einem Kreislauf organisiert: Die Beiträge der Mitglieder fließen in den Gesundheitsfonds. Die Einnahmen werden nach Maßgabe des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs an die Krankenkassen verteilt, um ein Rosinenpicken zu vermeiden. Nach dem Sachleistungsprinzip können Patientinnen und Patienten beim zugelassenen Anbieter ihrer Wahl versorgt werden, ohne einen Geldbetrag zu zahlen. Damit fehlt auch in der Arzt-Patient-Beziehung der für die marktliche Allokation übliche Austausch von Leistung und Gegenleistung. Die Leistungserbringer rechnen die erbrachten Leistungen gesammelt und zu einheitlichen Konditionen mit den Krankenkassen ab.

Dieser Kreislauf aus einseitigen Leistungsbeziehungen erschwert eine Implementierung marktwirtschaftlicher Steuerungselemente. Denn in dem bestehenden System der GKV entfalten Wettbewerb und Preise nur dann die erhofften Wirkungen, wenn sie in den jeweiligen Beziehungen zwischen Versicherten und Krankenkassen, zwischen Patientinnen und Patienten und Leistungserbringern sowie zwischen Krankenkassen und Leistungsanbietern alle beteiligten Akteure gleichermaßen zu effizientem Verhalten anreizen.

Ein Therapieplan für die ambulante Versorgung

Hinter der Ausgangsfrage, ob und wie marktwirtschaftliche Steuerungselemente in der ambulanten Versorgung der GKV-Versicherten genutzt werden können, steht die Vermutung, dass Effizienzpotenziale im System schlummern. Fragt man danach, wo diese Potenziale zu verorten sind, dann hat die Analyse gezeigt, dass Versicherte, Krankenkassen und Leistungsanbieter gleichermaßen in die Pflicht zu nehmen sind. Die Anreizbedingungen lediglich für einzelne Akteure zu verändern, vermag das Grundproblem dagegen nicht zu lösen. Denn in der GKV entstehen komplexe Wechselwirkungen zwischen den Akteuren.

Nun könnte man auf die Idee verfallen, diesen Kreislauf aufzulösen und analog zum Lebensmittelmarkt Versicherung und Versorgung getrennt zu organisieren, um die Wettbewerbskräfte auf den jeweiligen Märkten wirken zu lassen. Doch käme das einem Systembruch gleich, der kaum Aussicht auf politischen Erfolg verspricht, nicht zuletzt, weil die solidarische GKV eine hohe Akzeptanz in der Bevölkerung genießt. Bei einer Implementierung marktwirtschaftlicher Steuerungselemente gilt es deshalb zu beachten:

- › Die GKV ist eine solidarisch finanzierte Krankenversicherung.
- › Leistungsversprechen und solidarischer Ausgleich werden nicht ausgehöhlt.
- › Die medizinische Versorgung erfolgt nach dem Sachleistungsprinzip.

Leitbild Wettbewerb

Selbst unter diesen Vorgaben kann den GKV-Versicherten bei einem für alle gleichen Leistungsumfang die Möglichkeit eröffnet werden, zwischen Tarifen mit unterschiedlichen Versorgungsmodellen zu wählen.⁶ Denn das Versicherungsverprechen lässt sich im Rahmen der wohnortnahen Versorgung in unterschiedlicher Form erfüllen. Bei der Wahl eines Versorgungsmodells, das von der freien Arztwahl abweicht, verpflichten sich die Versicherten, medizinische Leistungen bei den für diesen Tarif zugelassenen (Fach-)Ärztinnen und (Fach-)Ärzten nachzufragen. Nach Ablauf einer Bindungsfrist können sie zurück zur freien Arztwahl wechseln oder einen Tarif mit einer anderen Versorgungsform wählen. Dadurch bleibt der Wettbewerb auf Seiten der Anbieter bestehen.

Wichtig ist dabei, dass die Konzepte für die wohnortnahe Versorgung entwickelt werden sollen. Gemeint ist damit die Versorgung in der Kommune oder in einem Stadtbezirk, nicht zwingend aber bei einem Aufenthalt an anderem Ort. Dahinter steht die Vermutung, dass das Gros der medizinischen Arzt-Patient-Kontakte in der haus- und fachärztlichen Praxis nahe dem Wohnort stattfindet. Für diese Fälle sollen unterschiedliche Versorgungskonzepte im Wettbewerb stehen können. Dagegen wird es kaum möglich sein, an jedem Ort in Deutschland – zum Beispiel während des Urlaubs oder einer Dienstreise – eine Versorgung sicherzustellen, die den vollen Leistungsumfang bei eingeschränkter Arztwahl gewährleistet.

Der Gesetzgeber hat die hausarztzentrierte Versorgung bereits als Alternative zur freien Arztwahl vorgesehen (SGB V § 73b). Vorstellbar sind aber auch andere Versorgungsformen: In dicht versorgten Regionen wäre zum Beispiel denkbar, ambulante Fachkliniken an die hausärztliche Versorgung anzubinden, interdisziplinär arbeitende Versorgungszentren oder andere quartiersgebundene Konzepte zu erproben. In ländlichen Regionen mit drohender Mangelversorgung sind dagegen andere Lösungen notwendig. Welche Konzepte möglich sind und den Wünschen der Versicherten entsprechen, gilt es im Wettbewerb zu erproben.

Dafür braucht es Gestaltungsfreiheit für die Akteure. Statt einen Katalog möglicher Varianten per Gesetz zu definieren, gilt es einen Rahmen abzustecken, der es den Anbietern und Krankenkassen ermöglicht, unterschiedliche Lösungen für die wohnortnahe Versorgung zu entwickeln. Das Solidaritätsprinzip bleibt dabei gewahrt, weil der Umfang des gesetzlichen Leistungsversprechens für alle Versicherten gewährleistet wird.

Wahlfreiheit mit finanziellen Anreizen

Aus ökonomischer Perspektive ergibt eine Auswahl verschiedener Modelle der wohnortnahen Versorgung Sinn, wenn die medizinischen Leistungen nicht nur in verschiedenen Netzwerken zu unterschiedlich hohen Kosten bereitgestellt werden können. Sofern alternative Angebote zustande kommen, braucht es auch ein spürbares Preissignal, damit die Versicherten ihre Wahl kostenbewusst treffen können. Dazu muss ein Teil des bisherigen Beitragssatzes in einen monatlich zu zahlenden Betrag umgewandelt werden. Die Höhe dieses Betrags kann je nach Versorgungsmodell variieren. Der bisherige Arbeitgeberanteil ließe sich dazu in einen steuer- und abgabenfreien Bruttolohnbestandteil umwandeln, den die Versicherten zur Finanzierung eines Tarifs mit gewünschtem Versorgungsmodell einsetzen können.

Bewusst ist hier die Rede von Versicherten. Denn während sich die solidarische Beitragsfinanzierung auf die GKV-Mitglieder erstreckt, sollte die kostenbewusste Entscheidung eines Ver-

⁶ Jochen Pimpertz (2022): Das Solidaritätsprinzip im Fokus einer GKV-Reform, in: *Zeitschrift für Wirtschaftspolitik*, Jg. 71, Heft 1, S. 20 ff.

sorgungsmodells grundsätzlich jedem Versicherten offenstehen. So kann in einem Paarhaushalt mit einem Alleinverdiener eine Beschränkung der Arztwahl für den nicht erwerbstätigen Partner günstiger sein, während für den im Außendienst berufstätigen Partner ein Tarif mit freier Arztwahl sinnvoller erscheinen mag. Hierfür braucht es allerdings einen ergänzenden sozialen Ausgleich, um unerwünschte Belastungseffekte auszugleichen. Die können auftreten, weil Mehrpersonen-Haushalte für jede Person einen Zusatzbetrag zahlen. Dieser Ausgleich sollte aber nicht über die tarifbezogenen Beträge erfolgen, damit die Preissignale im Wettbewerb der Krankenkassen und Versorgungsdienstleister wirken können.

Versorgungsmanagement als neue Aufgabe der Krankenkassen

Steht den Versicherten bislang nur die Wahl der Krankenkasse offen, ist die Wahlmöglichkeit auf alternative Versicherungstarife auszudehnen, die sich je nach Versorgungsmodell unterscheiden und von derselben Krankenkasse oder deren Mitbewerbern angeboten werden können. Dazu benötigen Krankenkassen erweiterte Möglichkeiten der Vertragsgestaltung, die es erlauben, die Leistungszusage gegenüber den Versicherten eines Tarifs ohne freie Arztwahl auf jene Anbieter zu beschränken, die exklusiv für die Versorgung zugelassen sind. Spiegelbildlich müssen sie mit diesen Leistungsanbietern Vertragskonditionen aushandeln dürfen, die von den Bedingungen bei freier Arztwahl abweichen können.

Den Krankenkassen kommt die unternehmerische Aufgabe zu, neben einem Tarif mit freier Arztwahl regional begrenzte Versorgungsmodelle und Tarife zu entwickeln. Das wird die Verwaltungskosten jener Kassen erhöhen, die sich in derartigen Modellen erproben. Das ist aber unerheblich, weil sich Tarifangebote nur dann dauerhaft im Wettbewerb behaupten, wenn die Managementkosten durch die erwarteten Einsparungen oder andere Leistungsmerkmale kompensiert werden.

Damit gewährleistet ist, dass unterschiedliche Versorgungsformen das Leistungsversprechen der GKV erfüllen, müssen die Tarife durch die Versicherungsaufsicht überprüft und zugelassen werden. Um zu verhindern, dass Versicherte von einzelnen Kassen abgelehnt werden (Rosinenpicken), können die Krankenkassen verpflichtet werden, den Versicherten auf Wunsch einen Tarif mit freier Arztwahl anzubieten. Damit der Wettbewerbsdruck für die Leistungsanbieter erhalten bleibt, können Krankenkassen die Versorgung der Versicherten in einem Tarif für eine bestimmte Dauer vereinbaren, um sie danach erneut auszuschreiben.

Wählbare Varianten der Kassenzulassung

Schließlich setzt Preiswettbewerb in der ambulanten Versorgung voraus, dass einzelne Anbieter oder Netzwerke wählen können, ob sie zur Versorgung aller GKV-Versicherten bei freier Arztwahl zugelassen werden wollen oder zur Versorgung der Versicherten eines bestimmten Tarifs. Dafür wird ihnen die Möglichkeit eingeräumt, Konditionen zu verabreden, die von denen bei freier Arztwahl abweichen können.

Mit der allgemeinen Kassenzulassung bleiben sie wie bisher an die von der vertragsärztlichen Interessenvertretung verhandelten Konditionen und an praxisindividuelle Budgetgrenzen gebunden. Ihr Sicherstellungsauftrag erstreckt sich auf alle GKV-Versicherten. Entscheiden sie sich dagegen für eine Zulassung, die den Sicherstellungsauftrag auf den Versichertenkreis eines Tarifs beschränkt, können sie ihre Interessen unabhängig von der kassenärztlichen Vertretung wahrnehmen.

Prognose

Marktwirtschaftliche Steuerungselemente können die erhofften Wirkungen entfalten, wenn sich das Zustandekommen effizienter Versorgungsformen für Versicherte, Krankenkassen und Leistungserbringer gleichermaßen lohnt. Das Solidaritätsprinzip muss dafür nicht ausgehöhlt, wohl aber den Versicherten eine kostenbewusste Entscheidung über die gewünschte Versorgungsform abverlangt werden.

Allerdings wird jeder Versuch, Fehlanreize zu korrigieren, die aus der marktfernen Steuerungslogik resultieren, zwangsläufig etablierte Erwartungen oder Besitzstände tangieren. Deshalb ist mit Widerständen zu rechnen: zum Beispiel bei den Krankenkassen aufgrund der unternehmerischen Risiken, bei der verfassten Ärzteschaft, weil die kassenärztliche Vertretung ihren Alleinvertretungsanspruch verliert, oder bei Versicherten, in deren Namen politische Akteure oder Interessenvertreter auf die freie Arztwahl pochen (die gleichwohl weiterhin möglich sein wird).

Doch egal aus welcher Richtung Widerstand droht, nicht die Abschaffung von Fehlanreizen ist begründungspflichtig, sondern es sind die marktfernen Anreizbedingungen, die auf dem Prüfstand einer ökonomischen wie sozialpolitischen Begründung stehen. Anderenfalls droht das ungebremste Ausgabenwachstum den gesundheitspolitischen Gestaltungsspielraum zu ersticken. Wenn die Herausforderung darin besteht, das komplexe Miteinander der Akteure zu steuern, dann liegt darin auch die politische Chance, notwendige Reformen als gemeinschaftliche Aufgabe zu adressieren.

Die Autoren

Josef Hecken ist seit Juli 2012 unparteiischer Vorsitzender des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA), dem obersten Beschlussgremium der gemeinsamen Selbstverwaltung im deutschen Gesundheitswesen. Der G-BA wurde durch den Gesetzgeber beauftragt, den Leistungsanspruch der gesetzlich Krankenversicherten in Deutschland auf Basis von möglichst guten wissenschaftlichen Erkenntnissen näher auszugestalten sowie weitere wichtige Aufgaben im Gesundheitswesen zu erfüllen.

Seit Ende 2015 ist Josef Hecken zusätzlich Vorsitzender des Innovationsausschusses beim G-BA. Vor Juli 2012 war er u. a. Staatssekretär im Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2009–2012), Präsident des Bundesversicherungsamtes (2008–2009) und Landesminister für Justiz, Gesundheit und Soziales im Saarland (2004–2008).

Dr. Jochen Pimpertz leitet das Themencluster Staat, Steuern und Soziale Sicherung im Institut der deutschen Wirtschaft, wo er seit 2001 tätig ist. Er forscht seit drei Jahrzehnten zu den demografischen Herausforderungen der umlagefinanzierten Sozialversicherungssysteme, insbesondere zur Finanzierung und Steuerung des Gesundheitssystems. Im Anschluss an sein Studium der Betriebswirtschaftslehre und der Wirtschafts- und Sozialpädagogik an der Universität zu Köln promovierte Dr. Pimpertz im Fach Volkswirtschaftslehre zur marktwirtschaftlichen Ordnung einer sozialen Krankenversicherung. An der Universität zu Köln lehrt er zudem als Dozent volkswirtschaftliche Grundlagen der Gesundheitsökonomie.

Impressum

Herausgeberin: Konrad-Adenauer-Stiftung e. V., 2024, Berlin

Kontakt:

Jan Cernicky

Leiter der Abteilung Wirtschaft und Innovation

Analyse und Beratung

jan.cernicky@kas.de

T +49 30 / 26 996-3516

Bildnachweis Titelseite: stock.adobe.com/ Kiattisak

Gestaltung und Satz: Konrad-Adenauer-Stiftung e. V.

Hergestellt mit finanzieller Unterstützung der Bundesrepublik Deutschland.

Diese Veröffentlichung der Konrad-Adenauer-Stiftung e. V. dient ausschließlich der Information. Sie darf weder von Parteien noch von Wahlwerbern oder -helfenden zum Zwecke der Wahlwerbung verwendet werden. Dies gilt für Bundestags-, Landtags- und Kommunalwahlen sowie für Wahlen zum Europäischen Parlament.



Der Text dieses Werkes ist lizenziert unter den Bedingungen von „Creative Commons Namensnennung-Weitergabe unter gleichen Bedingungen 4.0 international“, CC BY-SA 4.0 (abrufbar unter: <https://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0/legalcode.de>).

ISBN 978-3-98574-250-9

