eBook

DIE ZUKUNFT DER MEDIZINISCHEN VERSORGUNG

Eine Studie im Rahmen des

MASTERPLAN 2030

Handelsblatt FACHMEDIEN

Handelsblatt RESEARCH INSTITUTE

ASKLEPIOS
Gesund werden. Gesund leben.

DIE ZUKUNFT DER MEDIZINISCHEN VERSORGUNG

Eine Studie im Rahmen des

MASTERPLAN 2030

Studienpate: Asklepios Kliniken GmbH & Co. KGaA

Erstellt vom Handelsblatt Research Institute
Dr. Jan Kleibrink, Dennis Huchzermeier, Axel Schrinner

Handelsblatt FACHMEDIEN

Handelsblatt RESEARCH INSTITUTE

ASKLEPIOS
Gesund werden. Gesund leben.

INHALT

Vorwort Prof. Dr. Dr. h. c. Bert Rürup 6
Vorwort Kai Hankeln 8
Einleitung 12

01 Die Patientenversorgung in Deutschland 14

1.1. Struktur des deutschen Gesundheitswesens 16
1.2. Kosten der Gesundheitsversorgung 17
1.3. Qualität der Gesundheitsversorgung 20

02 Herausforderungen 24

2.1. Die demografische Entwicklung 26
2.2. Der Krankenhaussektor 31
2.2.1. Anzahl der Krankenhäuser in Deutschland 31
2.2.2. Die Krankenhausfinanzierung 42
2.2.2.1. Fallpauschalen 42
2.2.2.2. Kosten 48
2.2.2.3. Personal 50

2.3. Die ambulante Versorgung 54
2.3.1. Fakten zur ambulanten ärztlichen Vergütung 54
2.3.2. Vergütung von Leistungen 54
2.3.3. Unterschiede zur stationären Vergütung 62
2.3.4. Die Steuerung von Patientenwegen 63
2.3.5. Regionale Unterschiede 64
2.3.6. Fachkräftemangel 71

2.4. Das Versicherungssystem 77
2.4.1. Der Krankenversicherungsmarkt 77
2.4.2. Gesetzliche Krankenversicherung 78
2.4.3. Private Krankenversicherung 80

03 Chancen 82

3.1. Digitalisierung 84

3.1.1. Die Verbesserung der individuellen Patientenversorgung 91

3.1.1.1. Apps und Wearables 94

3.1.1.2. Terminservice-Gesetz 99

3.1.2. Die Steigerung der wirtschaftlichen Effizienz des Systems 99

3.2. Der medizinische Fortschritt 101

3.2.1. Potenziale des medizinischen Fortschritts 101

3.2.2. Herausforderungen des medizinischen Fortschritts 105

3.2.3. Ethische Fragen 106

04 Handlungsoptionen 112

4.1. Integration ambulanter und stationärer Versorgung 114

4.1.1. Stationäre Versorgung 119

4.1.2. Zulassung von Leistungen 124

4.2. Regionale Versorgung 125

4.3. Finanzierungsbasis 126

4.4. Fachkräftemangel 130

4.5. Digitalisierung 133

4.5.1. Digitale Infrastruktur 134

4.5.2. Koordination 134

4.5.3. Fachkräfteunterstützung 135

Verwendete Quellen und Literatur 136

ABBILDUNGSVERZEICHNIS

Abbildung 1
Zwiebelmodell der Gesundheitswirtschaft 16

Abbildung 2
Studienfokus – Versorgung im Krankheitsfall 17

Abbildung 3
Gesundheitsausgaben absolut im internationalen Vergleich 18

Abbildung 4
Gesundheitsausgaben als Anteil am BIP im internationalen Vergleich 18

Abbildung 5
Gesundheitsausgaben absolut in Deutschland 19

Abbildung 6
Gesundheitsausgaben pro Kopf in Deutschland 19

Abbildung 7
Qualitätskriterien des Gesundheitswesens 21

Abbildung 8
Entwicklung der Bevölkerung 27

Abbildung 9
Kostenprofile nach Alter in Deutschland 28

Abbildung 10
Entwicklung der Bevölkerungsstruktur und Krankheitskosten in Deutschland 29

Abbildung 11
Anzahl der Krankenhausbetten je tausend Einwohner im internationalen Vergleich 32

Abbildung 12
Anzahl der Krankenhäuser in Deutschland nach Bettengrößenklasse 32

Abbildung 13
Anzahl der Krankenhäuser in Deutschland nach Trägerschaft 33

Abbildung 14
Krankenhausfallkosten im internationalen Vergleich 34

Abbildung 15
Organisation der Selbstverwaltung 43

Abbildung 16
Entwicklung der GKV-Ausgaben im Gesundheitswesen 54

Abbildung 17
Krankenhäuser nach Bundesland 66

Abbildung 18
Anzahl medizinischer Versorgungszentren 68

Abbildung 19
Anzahl der angestellten Ärzte in MVZ 68

Abbildung 20
Altersquotient nach Bundesländern – Projektion 2030 70

Abbildung 21
Regionaler Fachkräftemangel im Gesundheitswesen 73

Abbildung 22
Anzahl der Ärzte in Deutschland nach Sektor 74

Abbildung 23
Anzahl der ambulant tätigen Ärzte in Deutschland nach Beschäftigungsverhältnis 75

Abbildung 24
Gesetzlich und Privatversicherte 78

Abbildung 25
Anzahl der gesetzlichen Krankenkassen 79

Abbildung 26
Nutzenpotenziale von Digitalisierungsmaßnahmen im Gesundheitswesen 84

Abbildung 27
Digital Health Index 85

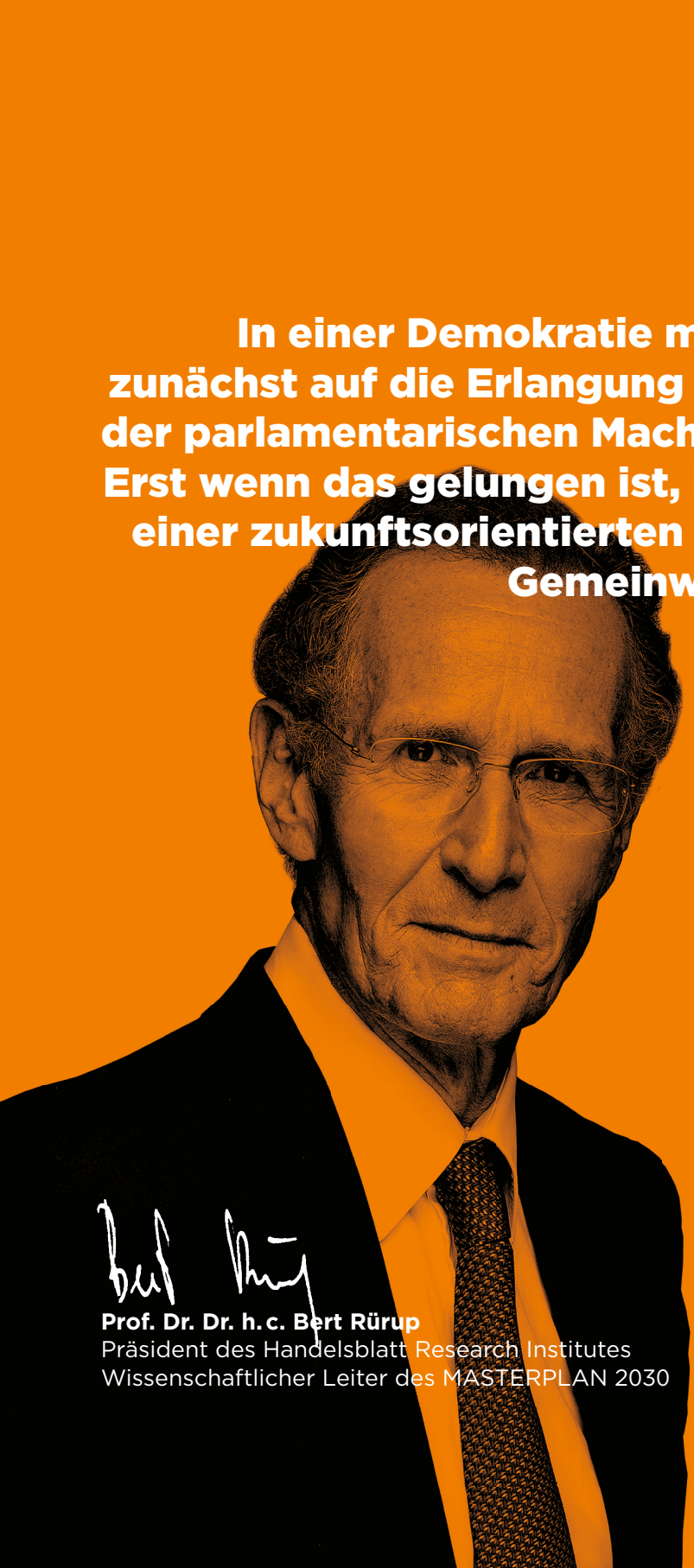
Abbildung 28
Digital-Ranking nach Branchen 86

Abbildung 29
Digitalisierung der medizinischen Versorgung in Deutschland –
Ergebnisse des Praxisbarometers 87

Abbildung 30
Wearables 95

Vorwort

In einer Demokratie müssen Politiker zunächst auf die Erlangung oder Erhaltung der parlamentarischen Macht bedacht sein. Erst wenn das gelungen ist, können sie sich einer zukunftsorientierten Gestaltung des Gemeinwesens widmen.



Prof. Dr. Dr. h. c. Bert Rürup
Präsident des Handelsblatt Research Institutes
Wissenschaftlicher Leiter des MASTERPLAN 2030

Erfahrungsgemäß werden große, nicht selten schmerzhafte Reformen am ehesten in schwierigen Zeiten durchgesetzt. Dann ist das Verständnis der Wähler zumeist größer, und es fällt Amtsinhabern leichter, vom Verwalter zum mutigen Gestalter zu werden.

Seit dem Ende der schweren Rezession im Frühjahr 2009 erlebte Deutschland einen Aufschwung, wie ihn zumindest viele jüngere Menschen bislang nicht gekannt haben. Binnen einer Dekade wuchs die Erwerbstätigkeit um nahezu zehn Prozent auf annähernd 45 Millionen, und die Steuer- und Beitragseinnahmen sprudelten, sodass der Staat seit 2014 wieder schwarze Zahlen schreibt.

Doch Erfolg macht träge. Die Bundesregierungen der zurückliegenden Dekade konzentrierten sich auf den Machterhalt und verteilten vorrangig Wahlgeschenke an die vermutete eigene Klientel. Dabei kam der Blick nach vorn im Hinblick auf die Herausforderungen, die auf unsere Gesellschaft zukommen, oft zu kurz. Daher hat das Handelsblatt Research Institute (HRI) den MASTERPLAN 2030 aufgelegt. Im Rahmen dieses Programms erstellt das HRI unter meiner wissenschaftlichen Leitung Studien zu wichtigen politischen Handlungsfeldern, denen die Politik bislang nicht die gebührende Aufmerksamkeit entgegenbringt.

Kaum ein Thema ist für alle Einwohner dieses Landes so relevant wie die Gewährleistung einer hochstehenden medizinischen Versorgung. Deutschland hat ein sehr leistungsfähiges Gesundheitssystem, das jedoch zu den teuersten der Welt zählt. Dies lässt auf Effizienzreserven schließen. In den kommenden Jahren werden Bevölkerungsalterung, medizintechnischer Fortschritt, Fachkräfte-Engpässe sowie die sich absehbar öffnenden Finanzierungslücken die Notwendigkeit von Reformen erhöhen. Innovative Diagnose- und Behandlungsmethoden werden mutmaßlich dazu führen, dass bislang als unheilbar geltende Erkrankungen nicht nur behandelt, sondern auch wirklich geheilt werden können. Es gilt daher, Wirtschaftlichkeitsreserven zu heben – nicht zuletzt über die Nutzung der von der Digitalisierung eröffneten neuen Möglichkeiten. Zudem werden Politik und Gesellschaft nicht darum herumkommen, eine Reihe von ethischen Fragen zu beantworten, die sich aus dem medizinischen Fortschritt ergeben.

Mit der vorliegenden Studie wollen wir – ohne die damit verbundenen Risiken zu verdrängen – Möglichkeiten aufzeigen, mit denen gewährleistet werden kann, dass auch in den kommenden Dekaden der älter werdenden Gesamtbevölkerung unseres Landes eine hochstehende, bezahlbare medizinische Versorgung zur Verfügung steht.

Vorwort

Kai Hankeln
CEO Asklepios Kliniken GmbH & Co. KGaA

Deutschland verfügt über eines der besten Gesundheitssysteme der Welt. Dieser Glaube galt lange. Tatsächlich gut ist heute eigentlich nur noch der Zugang zum System, das jedem eine Gesundheitsversorgung zusichert. Unser Gesundheitssystem ist längst selbst zum Patienten geworden, dem mit homöopathischen Therapiedosierungen nicht mehr geholfen werden kann.

Der Reformstau, der sich seit Einführung des Fallpauschalensystems vor gut 15 Jahren aufgebaut hat, ist immens – so immens, dass unser Gesundheitssystem schon heute eines der wichtigsten gesellschaftspolitischen und volkswirtschaftlichen Handlungsfelder für die politisch Verantwortlichen sein sollte. Herr Gesundheitsminister Jens Spahn hat dies erkannt und ist erfreulicherweise bereit, die Wege außerhalb von Konsens-Traditionen und Selbstverwaltung zu gehen.

Das deutsche Gesundheitssystem mit seinen immer noch knapp 200 gesetzlichen Krankenkassen und privaten Krankenversicherungen, annähernd 2.000 Krankenhäusern und einer durchweg hohen Dichte an ambulanter Versorgung ist eines der teuersten unter den Industrienationen, mit einer der höchsten Inanspruchnahmen durch die Patienten. Kurioserweise haben wir die im Vergleich geringste Vergütung pro Fall bei gleichfalls höchster Produktivität – oder auch Arbeitsbelastung – gemessen an den Entlassungen je Vollkraft. Gleichzeitig ist die Komplexität des Systems in den vergangenen Jahren stetig gestiegen und damit die Bürokratie. Es ist parzelliert durch bisweilen unüberwindbare Sektorengrenzen, und selbst für Experten nimmt die Unübersichtlichkeit zu. Gleichzeitig kommen die Bundesländer seit mehr als 15 Jahren ihren gesetzlichen Investitionsverpflichtungen in die Krankenhausinfrastruktur nicht mehr nach. Sie sind damit hauptverantwortlich für den wirtschaftlichen Druck dem die Krankenhäuser mit allen, die darin arbeiten, ausgesetzt sind. Verstärkt wird dieser Druck durch die Krankenkassen, die über ihre ohnehin schon rigide Vergütungspolitik hinaus ihren Medizinischen Dienst zweckentfremden, um ihre eigenen Kosten zu Lasten der Leistungserbringer zu senken.

Zudem steht unser Gesundheitssystem vor der großen Herausforderung einer alternden Gesellschaft, mit absehbar weiter steigendem Pflege- und Versorgungsbedarf und leidet schon heute unter einem eklatanten Mangel an Fachkräften. Zudem ist es überfrachtet mit Bürokratie- und Dokumentationserfordernissen – die im Wesentlichen dem Zweck dienen, Kürzungen bei den Leistungsvergütungen zugunsten der Krankenkassen zu erreichen. Im wichtigsten Zukunftsfeld, der Digitalisierung, befindet sich Deutschlands Gesundheitswesen auf dem Digital Health Index der Bertelsmann Stiftung in Europa auf dem vorletzten Platz. Das jährlich ungenutzte Effizienzpotenzial der Digitalisierung wird für Deutschland von der Wirtschaftsprüfungsgesellschaft McKinsey auf stattliche

39 Milliarden Euro geschätzt. Dies entspricht gut zehn Prozent der deutschen Gesundheitsausgaben. Diese Wirtschaftlichkeitsreserven würden dringend für die Gesundung des Systems gebraucht, können aber vorerst nicht realisiert werden, weil die nötigen Mittel für die erforderliche Digitalisierungsoffensive fehlen, mit der gleichzeitig die Arbeitsbedingungen der Akteure und die medizinischen Ergebnisse verbessert würden.

Deutschland sollte den Ehrgeiz haben, zu den führenden Nationen in diesem Bereich zumindest aufzuschließen. Wir brauchen daher ein entschlossenes politisches Handeln, um das Problem bei den Wurzeln zu packen – kein medienwirksames Herumdoktern an Symptomen. Asklepios als der größte Klinikbetreiber in Familienbesitz mit mehr als 47.000 Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern in mehr als 160 medizinischen Einrichtungen in Deutschland ist seit nahezu 30 Jahren eine solide Stütze der stationären und ambulanten Versorgung in Deutschland. Wir sehen uns daher ausdrücklich in der Mitverantwortung für die Zukunft des deutschen Gesundheitssystems. Wir haben die Patenschaft für diese Studie übernommen, weil wir der festen Überzeugung sind, dass Deutschland die Qualität und Stärke seines Gesundheitssystems wiedergewinnen muss und keine weitere Erosion riskieren darf. Wir wünschen uns, dass diese Untersuchung – gut drei Jahre vor der nächsten Bundestagswahl – die öffentliche Debatte um die Zukunft der Gesundheitsversorgung in Deutschland mit neuen Erkenntnissen und kontrovers zu diskutierenden Handlungsempfehlungen in Gang setzt. Die Selbstverwaltung hat unserer Ansicht nach nicht mehr die Kraft und Fähigkeit, die notwendigen Schritte entschlossen anzugehen. Das deutsche Gesundheitssystem braucht daher einen von Ehrlichkeit geprägten gesellschaftlichen Diskurs und neue Lösungswege für anstehende Herausforderungen, zu denen der demographische Wandel ebenso zählt wie die Themen Digitalisierung, Automatisierung und Robotik.

Einleitung

Das zu Ende gehende zweite Jahrzehnt des 21. Jahrhunderts war hinsichtlich der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung eine ökonomische Erfolgsgeschichte für Deutschland. Die Wirtschaft erholte sich im längsten Aufschwung seit dem Ende der Wirtschaftswunderjahre schnell und nachhaltig von der Wirtschaftskrise 2008/09, und die Beschäftigung erreichte bislang unbekannte Rekordmarken.

Dieser Aufschwung verlor allerdings im Sommer 2018 an Kraft; die Wirtschaft schrumpfte im zweiten Halbjahr 2018 sogar geringfügig. Die Frage, ob Deutschland auf die sich abzeichnenden zukünftigen gesamtwirtschaftlichen Herausforderungen vorbereitet ist, um auch mittel- und langfristig auf einem stabilen Entwicklungspfad zu bleiben, wird daher drängender. Nach unserer Einschätzung ist in den vergangenen Jahren zu wenig dafür getan worden: Notwendige Reformen wurden angesichts außenwirtschaftlicher Erfolge sowie der außerordentlich günstigen Entwicklung auf dem Arbeitsmarkt nicht angegangen.

Vor diesem Hintergrund hat das Handelsblatt Research Institute im Rahmen des Projekts MASTERPLAN 2030 eine Reihe bedeutender Themengebieter herausgegriffen, deren gesamtgesellschaftlicher Bedeutung in den vergangenen Jahren zu wenig Aufmerksamkeit geschenkt wurde. Das Ziel des MASTERPLAN 2030 ist es, konstruktive Zukunftsentwürfe für Deutschland zu entwickeln, um Antworten auf die großen ökonomischen, ökologischen und sozialpolitischen Herausforderungen zu finden, mit denen das Land im nächsten Jahrzehnt konfrontiert ist.

Die medizinische Versorgung ist eines dieser Themengebiete.

Die Beurteilung der Qualität des Status quo in der Gesundheitsversorgung ist komplex und hängt stark vom Betrachtungswinkel ab. Gleiches gilt für eine Abschätzung der Zukunftsfestigkeit des Systems. Im Rahmen dieser Studie wird die Analyse entlang folgender Kriterien erfolgen:

- **Qualität der Patientenversorgung;**
- **Kosteneffizienz bzw. Kosten-Nutzen-Verhältnis der Versorgung;**
- **Zugang zur medizinischen Versorgung.**

In Deutschland hat die gesamte Bevölkerung unabhängig von ihrem Alter und Einkommen Zugang zu einem sehr umfangreichen Katalog hochstehender medizinischer Leistungen. Infolgedessen ist der Gesundheitszustand der Deutschen nach verschiedenen Kriterien beurteilt vergleichsweise gut. Dank der guten Wirtschaftsentwicklung bzw. der starken Zunahme der Beschäftigung im zurückliegenden Jahrzehnt ist zudem die finanzielle Lage der Krankenkassen und der verschiedenen staatlichen Ebenen ausgesprochen gut.

Allerdings spricht derzeit viel dafür, dass es in der kommenden Dekade zunehmend schwieriger werden dürfte, diese hohe Qualität weiterhin anbieten und finanzieren zu können. Gleichsam gibt es eine Reihe von Chancen, um diesen Herausforderungen zu begegnen und die Versorgungsqualität darüber hinaus zu erhöhen.

Die im Rahmen der Studie analysierten Themenfelder sind:

- **der demografische Wandel;**
- **der medizinische Fortschritt;**
- **die Digitalisierung;**
- **die Ausgestaltung der stationären Versorgung;**
- **die Ausgestaltung der ambulanten Versorgung;**
- **die Finanzierung der medizinischen Versorgung.**

Diese Themen werden in der vorliegenden Studie jeweils in einzelnen Kapiteln detailliert analysiert, um anschließend die Herausforderungen und Chancen herauszuarbeiten und zu diskutieren. Diese Analysen dienen als Basis für die Erstellung eines Katalogs von Handlungsoptionen, die im letzten Kapitel dargestellt werden.

DIE PATIENTEN-VERSORGUNG IN DEUTSCHLAND

01

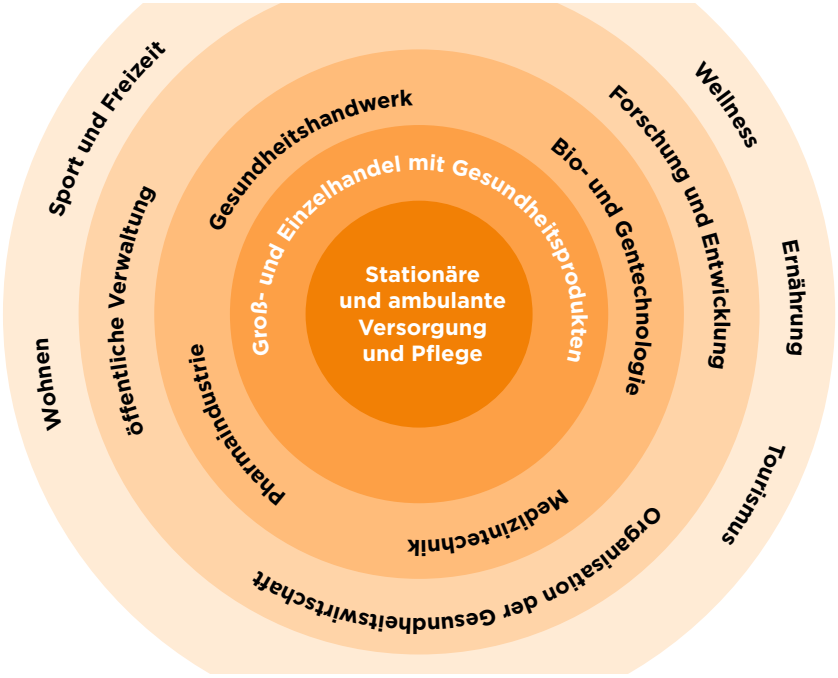
DER GESUNDHEITSZUSTAND DER DEUTSCHEN WOHNBEVÖLKERUNG IST IM INTERNATIONALEN VERGLEICH RELATIV GUT; IM VERGLEICH DER FÜHRENDEN INDUSTRIELÄNDER ALLERDINGS NUR DURCHSCHNITTLICH.

1.1. STRUKTUR DES DEUTSCHEN GESUNDHEITSWESENS

Die Gesundheitswirtschaft in Deutschland lässt sich mithilfe eines „Zwiebelmodells“ in die verschiedenen Schichten des deutschen Gesundheitssystems gliedern (Abbildung 1):[1] Im Kern steht die stationäre und ambulante Versorgung sowie die Pflege. Die folgenden Schichten sind

- **Groß- und Einzelhandel mit Gesundheitsprodukten;**
- **Pharmaindustrie, Gesundheitshandwerk, Bio- und Gentechnologie, Medizintechnik;**
- **öffentliche Verwaltung, Forschung und Entwicklung, Organisation der Gesundheitswirtschaft;**
- **Sport und Freizeit, Wellness, Ernährung, Tourismus und Wohnen.**

Abbildung 1: Zwiebelmodell der Gesundheitswirtschaft
2015, nach Alter in Deutschland



Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Ostwald et al. (2015)

1 Ostwald, Legler und Schwärzler (2015).

Der Kern des Gesundheitssystems, die ambulante und stationäre Versorgung plus Pflege, ist sehr komplex. Er umfasst die Themenfelder Prävention und Gesundheitsförderung, Versorgung im Krankheitsfall sowie die palliative Versorgung. Diese Studie konzentriert sich auf die Versorgung im Krankheitsfall, also die Therapie, Rehabilitation und Pflege. Nur durch diese Eingrenzung ist es möglich, den einzelnen Fragenstellungen ausreichend Raum zu bieten, analytisch in die Tiefe zu gehen und zielgerichtete Optionen für die Weiterentwicklung des Systems zu entwickeln.

Abbildung 2: Studienfokus – Versorgung im Krankheitsfall

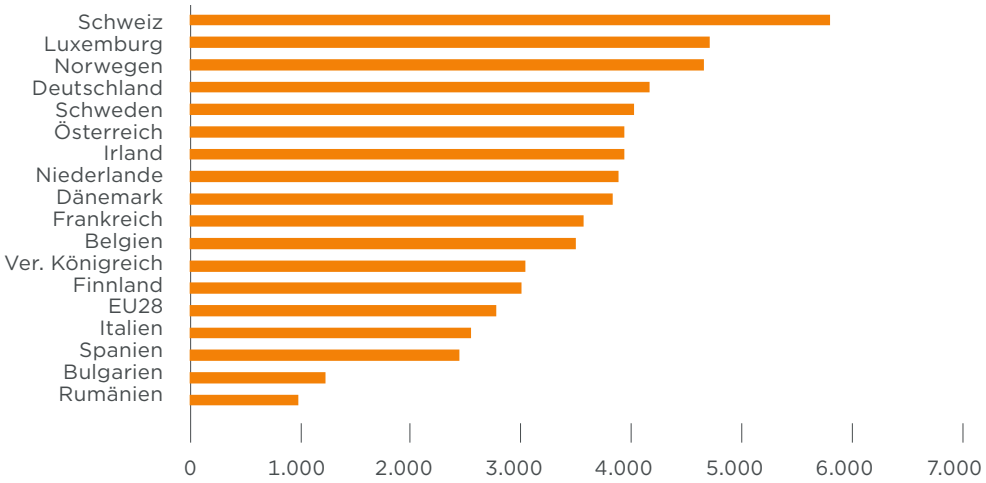
Quelle: HRI

1.2. KOSTEN DER GESUNDHEITSVERSORGUNG

Im Jahr 2017 wurden in Deutschland 375,6 Milliarden Euro für Gesundheitsleistungen ausgegeben. Der Anteil der Gesundheitsausgaben in Relation zum Bruttoinlandsprodukt (BIP) betrug damit 11,3 Prozent. Nur in den USA und der Schweiz wird ein höherer Anteil der Wirtschaftsleistung für die Wiederherstellung und Erhaltung der Gesundheit der Bevölkerung ausgegeben.

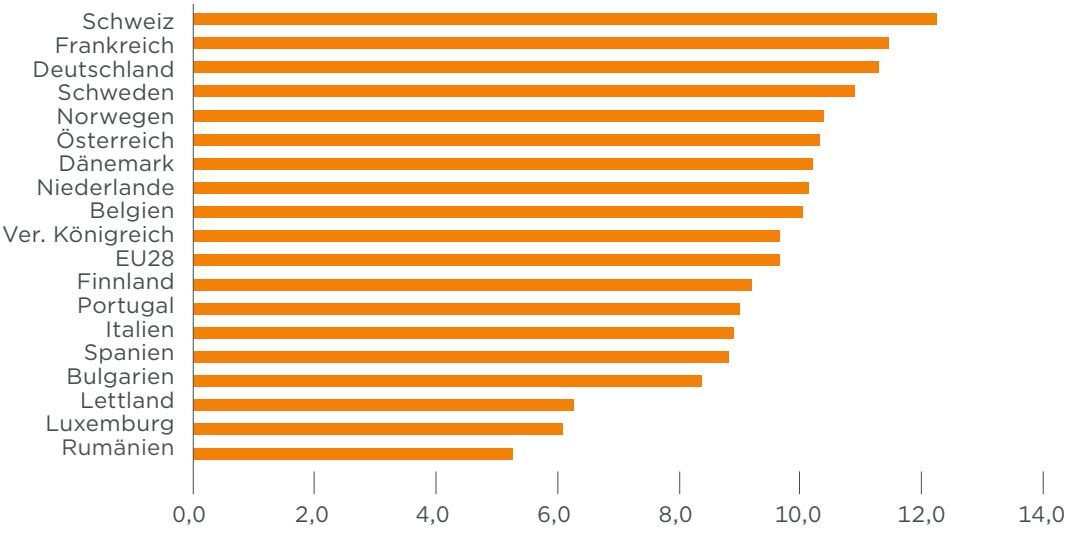
Die Patientenversorgung im engeren Sinne, also ärztliche, pflegerische und therapeutische Leistungen, machen rund 55 Prozent dieser Ausgaben aus. Im Jahr 2017 entfielen 98 Milliarden Euro auf ärztliche sowie 105,8 Milliarden auf pflegerische und therapeutische Leistungen.

Abbildung 3: Gesundheitsausgaben absolut im internationalen Vergleich
Pro Kopf 2017, in Euro, kaufkraftbereinigt



Quelle: OECD

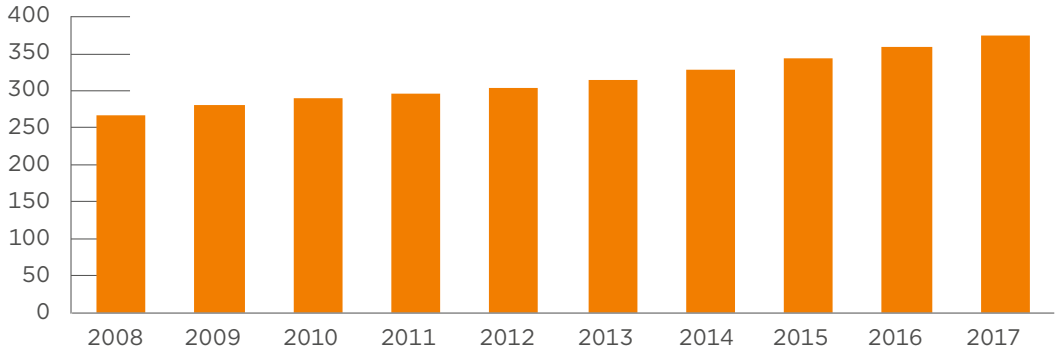
Abbildung 4: Gesundheitsausgaben als Anteil am BIP im internationalen Vergleich
2017 in Prozent



Quelle: OECD

In den vergangenen zehn Jahren haben sich die jährlichen Gesundheitsausgaben in Deutschland um mehr als 110 Milliarden Euro erhöht, ein Anstieg von gut 40 Prozent (Abbildung 5). Damit liegen die Gesundheitsausgaben bei 11,3 Prozent des deutschen Bruttoinlandsprodukts. Im Jahr 2008 waren es 10,4 Prozent.

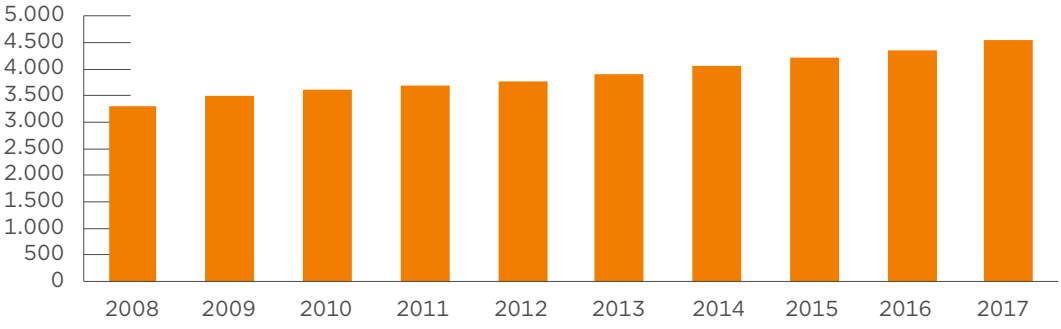
Abbildung 5: Gesundheitsausgaben absolut in Deutschland
In Milliarden Euro



Quelle: Statistisches Bundesamt

Die Pro-Kopf-Ausgaben sind in den vergangenen zehn Jahren um mehr als 1.300 Euro pro Jahr auf 4.544 Euro im Jahr 2017 gestiegen (Abbildung 6).

Abbildung 6: Gesundheitsausgaben pro Kopf in Deutschland
in Euro je Einwohner



Quelle: Statistisches Bundesamt

1.3. QUALITÄT DER GESUNDHEITSVERSORGUNG

Die Qualität eines Gesundheitssystems lässt sich anhand mehrerer Dimensionen messen. Ein zentrales Kriterium zur Beurteilung des Gesundheitssystems ist sicher der Gesundheitszustand der Bevölkerung. Variablen sind beispielsweise die durchschnittliche Lebenserwartung in einem Land, die Sterblichkeitsrate von Säuglingen oder die Prävalenz für bestimmte Krankheiten. Diese Größen geben zwar Hinweise auf den Gesundheitszustand der Bevölkerung, allerdings ist die Qualität der medizinischen Versorgung keineswegs die alleinige erklärende Größe, da beispielsweise die Lebenserwartung einer Gesellschaft auch von Wohlstand, Wetter, Arbeitsschutz, Ernährungsgewohnheiten und vielen anderen Faktoren beeinflusst werden kann.

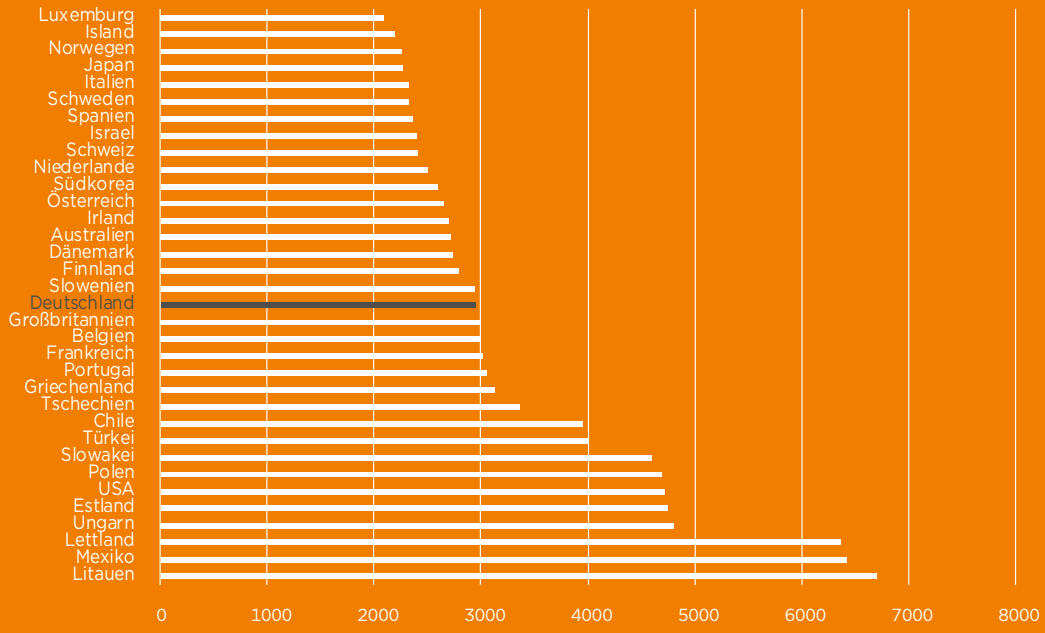
Eine wohlhabende Gesellschaft kann mehr Geld für eine gute medizinische Versorgung ausgeben. Einen mindestens ebenso hohen Einfluss die Gesundheit in einem Land haben jedoch der Zugang zu sauberem Wasser, eine gesunde Ernährung und ein gutes Wohnumfeld.

Zudem gibt es Wechselwirkungen zwischen den verschiedenen Variablen. So spricht eine hohe Lebenserwartung für einen insgesamt guten Gesundheitszustand. Sie kann aber auch zu einer höheren Prävalenz bestimmter Krankheitsbilder führen, wenn Patienten im Alter multimorbid werden.

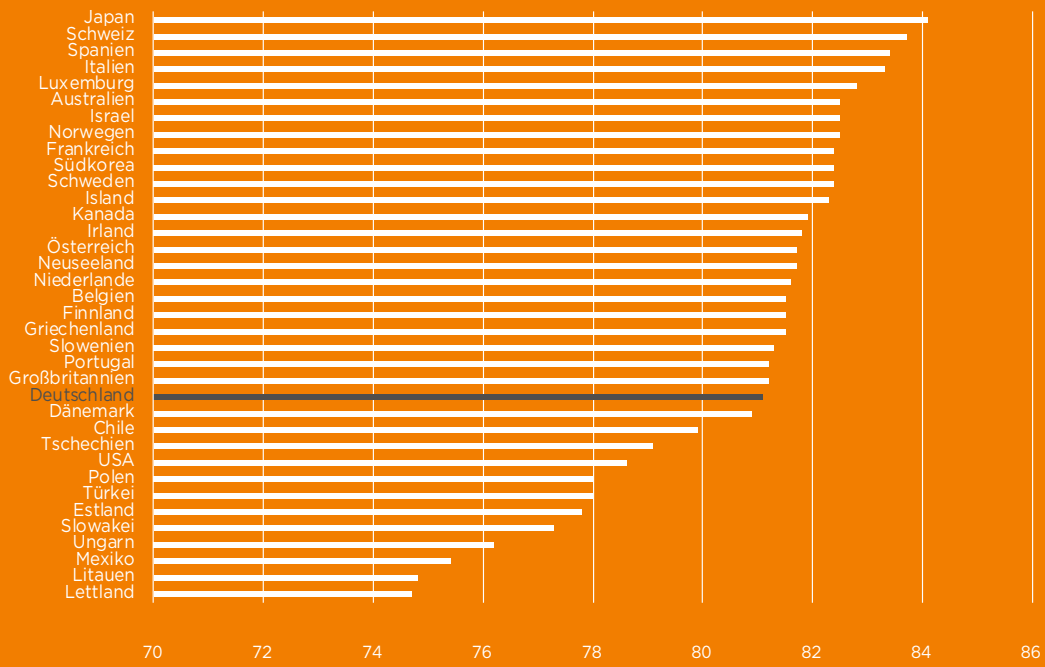
Eine andere Herangehensweise, die Qualität eines Gesundheitssystems zu beurteilen, besteht darin, den Umfang medizinischer Leistungserbringung heranzuziehen. Indikatoren solcher Beurteilungen sind etwa die Häufigkeit, mit der bestimmte Leistungen erbracht werden, die Wartezeiten auf bestimmte Leistungen sowie die Anzahl der Leistungserbringer – etwa die Dichte von Kliniken oder Praxen. Während all diese Indikatoren einerseits für ein leistungsfähiges Versorgungssystem sprechen, können sie andererseits auch Ausdruck einer Überversorgung sein. So gilt der deutsche Kliniksektor als überdimensioniert (siehe Kapitel 2.2). In Deutschland ist die Anzahl der Kliniken sowie die Anzahl der stationären Fälle hoch, die Vergütung je Fall aber im Durchschnitt der Industriestaaten gering. Da gleichzeitig die Bundesländer ihrer Aufgabe in der Krankenhausfinanzierung nicht ausreichend nachkommen (zur ausführlicheren Diskussion siehe Kapitel 2.2.2.), kann die in Deutschland hohe Anzahl bestimmter stationärer Operationen – etwa Leistenbrüche, künstliche Hüften, Knieersatz oder auch perkutane Koronarinterventionen und Herzkranz-Bypässe – darauf zurückgeführt werden, dass diese vergleichsweise gut vergütet werden, das Finanzierungssystem somit Anreize zu einer Überversorgung bei bestimmten Leistungen setzt.

Abbildung 7: Qualitätskriterien des Gesundheitswesens

Potential Years of Life Lost, pro 100.000 Einwohner



Lebenserwartung bei der Geburt (in Jahren)



Quelle: OECD

EXKURS: EFFIZIENZ IM GESUNDHEITSWESEN

„Effizienz- und Effektivitätspotenziale bestehen auch im Gesundheitswesen im Sinne der ökonomischen Allokationstheorie immer dann, wenn sich mit den eingesetzten Ressourcen ein höherer Nutzen bzw. mehr Wohlfahrtsgewinne bei den Leistungsempfängern oder das erreichte Nutzen- bzw. Wohlfahrtsniveau mit einem geringeren Ressourceneinsatz realisieren lassen."

Diese Definition des Sachverständigenrats zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2012) kann auf eine sehr simple Formel heruntergebrochen werden: Die Effizienz wird erhöht, wenn mit gleichem Einsatz ein besseres Ergebnis oder das gleiche Ergebnis mit geringerem Einsatz erzielt werden kann.

Im Rahmen dieser Studie wird bei der Beurteilung der Effizienz auf die Verwendung der Mittel bei konstantem Ergebnis fokussiert. Wenn es um Verbesserungen der Versorgung geht, wird dies extra ausgewiesen.

Der Grund für diese Fokussierung des Effizienzbegriffes liegt in der aktuellen Situation der Versorgung in Deutschland. Die Qualität der Versorgung in Deutschland lässt sich fraglos verbessern, sie gehört zwar nach gängigen Qualitätskriterien zu den international führenden, selten aber zur absoluten Spitze.[2]

So liegt Deutschland etwa bei der Lebenserwartung eines Neugeborenen im OECD-Mittelfeld. Gleiches gilt für die Lebenserwartung der 65-Jährigen, die Säuglingssterblichkeit oder die Anzahl vermeidbarer Todesfälle.

Diese gute Qualität wird allerdings nur zu sehr hohen Kosten erreicht. Somit schneidet das deutsche Gesundheitssystem bei der Beurteilung des Kosten-Nutzen-Verhältnisses relativ schlecht ab.

An dieser Stelle soll der Effizienzbegriff dieser ökonomischen Studie ansetzen und die Frage beleuchten, wie eine mindestens konstante Qualität der Versorgung der gesamten Bevölkerung gewährleistet werden kann, ohne dass die Kostenweiter so stark wie in den vergangenen Jahren ansteigen (vgl. Abbildung 6).

2 Zu einer Diskussion und Zustandsbeschreibung siehe OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2017).

Ein weiteres Kriterium zur Überprüfung der Qualität der medizinischen Versorgung ist der Zugang zu Leistungen. So stellt sich konkret die Frage, ob die gesamte Bevölkerung umfangreichen Zugang zur Gesundheitsversorgung hat oder ob dies von den eigenen finanziellen Möglichkeiten abhängt.

Anhand der genannten Kriterien lässt sich zusammenfassen für Deutschland feststellen (eine nähere Analyse der einzelnen Indikatoren erfolgt in den Folgekapiteln):

- **Der Gesundheitszustand der deutschen Wohnbevölkerung ist im internationalen Vergleich relativ gut; im Vergleich der führenden Industrieländer allerdings nur durchschnittlich.**

- **Deutschland ist bei der durchgeführten Anzahl vieler Therapien international führend; dies spricht einerseits für die Leistungsfähigkeit des Systems, aber auch für ein Überangebot bestimmter Leistungen.**

- **Das deutsche Versorgungsnetz – sowohl stationär als auch ambulant – ist engmaschig; dies garantiert weiten Teilen der Bevölkerung eine wohnortnahe Versorgung. Allerdings ist der Kliniksektor insgesamt teuer, weil es zu viele Kliniken und zu viele stationäre Fällen gibt.**

- **Die Bevölkerung hat einen weitgehend einkommensunabhängigen und diskriminierungsfreien Zugang zur medizinischen Versorgung.**

HERAUSFOR-DERUNGEN

02

DAS DEUTSCHE GESUNDHEITS-SYSTEM STEHT VOR GROSSEN HERAUSFORDERUNGEN. DIE VER-SORGUNG WIRD DURCH DEN DEMOGRAFISCHEN WANDEL UND DEN MEDIZINISCH-TECHNISCHEN FORTSCHRITT TEURER, DIE FINANZIERUNG SCHWIERIGER.

Das deutsche Gesundheitssystem valide zu beurteilen erfordert die Berücksichtigung einer Vielzahl von Dimensionen – mit der Folge uneinheitlicher Befunde. Wie in den folgenden Kapiteln im Detail analysiert wird, gilt die medizinische Versorgung als hochstehend, die Kosteneffizienz des Systems aber als verbesserungsbedürftig. Das Krankenversicherungssystem ermöglicht der Bevölkerung einen weitgehend uneingeschränkten Zugang zur medizinischen Versorgung, setzt aber Fehlanreize für die Weiterentwicklungen von Leistungen. Deutschland verfügt zwar über eines der dichtesten Krankenhausnetze der Welt, doch gleichzeitig kann die ambulante Versorgung in der Fläche gerade in ländlichen Gebieten aber immer schwieriger gewährleistet werden. Die große Anzahl an Kliniken in Deutschland verursacht hohe Kosten, während ein Großteil der Häuser mit Unterfinanzierungen konfrontiert ist. Diese Aufzählung lässt sich beliebig fortsetzen und führt zu einem generellen Befund: Das deutsche Gesundheitssystem ist leistungsfähig und gut ausgestattet, gleichzeitig besteht ein dringender Reformbedarf, um dies auch bei sich stetig ändernden Rahmenbedingungen zu gewährleisten.

Das deutsche Gesundheitssystem steht zur Mitte des kommenden Jahrzehnts vor einer immensen Herausforderung: Aufgrund der demografischen Entwicklung werden die geburtenstarken Jahrgänge der „Babyboomer-Generation“ allmählich aus dem Erwerbsleben ausscheiden, der Altenquotient erhöht sich. Können die ausscheidenden Arbeitskräfte in Fabriken und Büros nicht durch neue Arbeitskräfte ersetzt werden, erodiert aufgrund sinkender Beschäftigung und Beitragszahlungen die Finanzierungsgrundlage des Gesundheitssystems. Gleichzeitig verursachen ältere Menschen höhere Gesundheitskosten. Zudem ändern sich mit zunehmendem Alter einer Gesellschaft ihre Ansprüche und Präferenzen hinsichtlich der Gesundheitsversorgung.

Die Herausforderungen, vor denen die medizinische Versorgung in Deutschland in der kommenden Dekade stehen wird, werden werden thematisch wie folgt analysiert:

- **Demografische Entwicklung;**
- **Aufbau des Krankenhaussektors;**
- **Ambulante Versorgung;**
- **Fachkräftemangel sowie**
- **Versicherungssystem.**

2.1. DIE DEMOGRAFISCHE ENTWICKLUNG

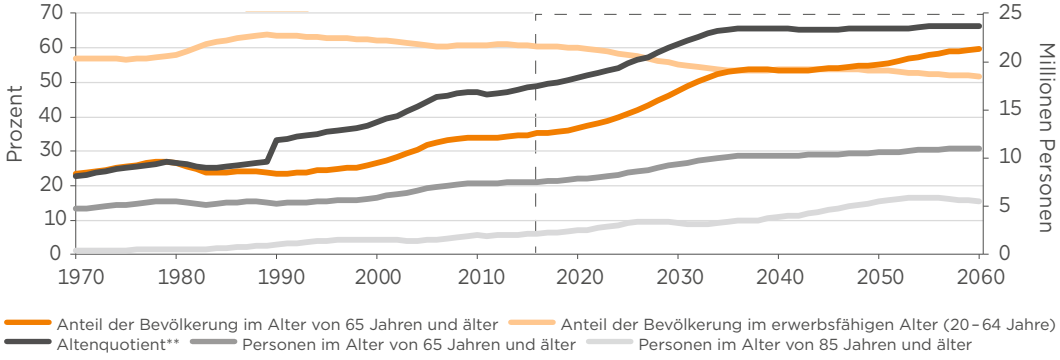
Entgegen allen Prognosen ist die Bevölkerung in Deutschland in den vergangenen Jahren nicht geschrumpft, sondern gewachsen. Ende 2018 lebten in Deutschland nach ersten Schätzungen des Statistischen Bundesamts etwa 83 Millionen Menschen, rund

200.000 mehr als zwölf Monate zuvor. Trotz eines Geburtendefizits stieg die Bevölkerung aufgrund von Zuwanderung weiter an und erreichte einen neuen Höchststand seit der deutschen Vereinigung.[3]

Die Anzahl lebend geborener Kinder nahm 2018 gegenüber dem Vorjahr moderat zu während die Anzahl der Sterbefälle deutlich stieg. Das Statistische Bundesamt schätzt die Anzahl der Neugeborenen auf 785.000 bis 805.000 und die der Sterbefälle auf 950.000 bis 970.000. Daraus ergibt sich ein Geburtendefizit von etwa 150.000 bis 180.000. Zum Vergleich: 2017 wurden 785.000 Kinder lebend geboren, während 932.000 Menschen starben. Der Saldo aus Zuzügen nach und Fortzügen aus Deutschland betrug 2018 rund 340.000 bis 380.000 Personen. Der Wanderungssaldo nahm damit das dritte Jahr in Folge ab.

Gleichwohl kann dieser Bevölkerungszuwachs den bevorstehenden Alterungsschub der Bevölkerung in Deutschland nicht verhindern, sondern nur moderat verringern. Die „Alten" von morgen sind heute bereits geboren. Das Gleiche gilt für die in den nächsten zwei Jahrzehnten ins Erwerbsleben eintretenden jüngeren Einwohner. So wird laut aktueller Prognose die Anzahl der unter 20-Jährigen von 2020 bis 2060 von knapp über 15 auf gut 13 Millionen zurückgehen. Die Anzahl der 20- bis unter 65-Jährigen wird im selben Zeitraum von gut 50 auf knapp 40 Millionen sinken. Bereits seit Jahrzehnten steigt der Anteil der über 65-Jährigen an der Bevölkerung an, nicht zuletzt als Folge der steigenden Lebenserwartung. Dieser Trend wird anhalten, mit der Folge, dass die Anzahl der Personen über 65 Jahre zwischen 2020 und 2060 von derzeit 18 auf 24 Millionen steigen wird.[4]

Abbildung 8: Entwicklung der Bevölkerungsstruktur in Deutschland*
Anteil in Prozent



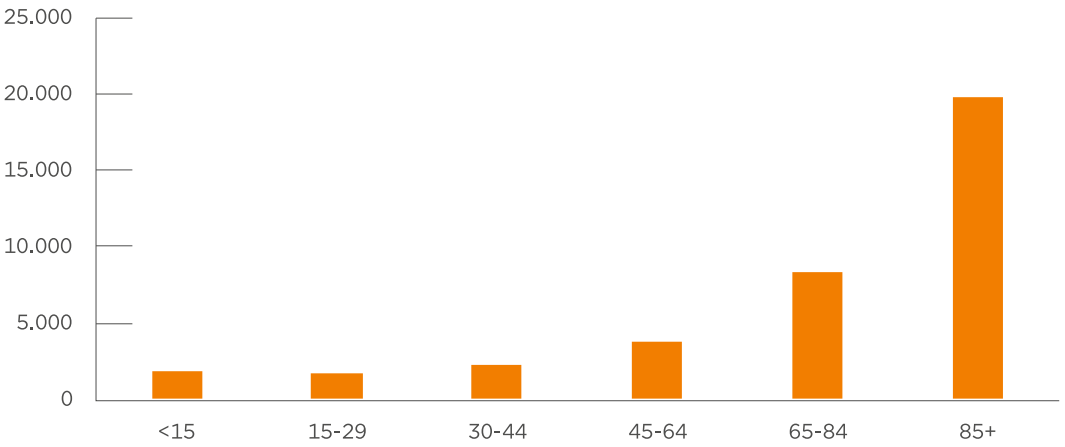
* Projektionen ab dem Jahr 2015 anhand der 13. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung Variante 2-A, Statistisches Bundesamt.
** Altersquotient: Verhältnis der Personen im Alter von 65 Jahren und älter im Vergleich zur Bevölkerung im erwerbsfähigen Alter.
Quelle: Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung

3 Destatis (2019a).
4 Destatis (2017).

Das deutsche Gesundheitssystem wird von diesem Alterungsschub in mehrfacher Hinsicht tangiert. Zum einen dürfte die Anzahl der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten nicht mehr so dynamisch wie in der zurückliegenden Dekade zulegen; mutmaßlich wird sie sogar zurückgehen. Dies wird zu einem Rückgang des Beitragsaufkommens der gesetzlichen Krankenversicherungen führen. Gleichzeitig gehen die Angehörigen der geburtenstarken Jahrgänge der 1950er und 1960er Jahre in den Ruhestand und zahlen dann durchweg deutlich geringere Beträge als während ihrer Erwerbsphase.

Auf der anderen Seite steigen die Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherungen pro Kopf tendenziell mit dem Alter ihrer Mitglieder. Die Häufigkeit chronischer Erkrankungen und multimorbider Patienten nimmt regelmäßig mit dem Alter zu.[5]

Abbildung 9: Kostenprofile nach Alter in Deutschland
2015, in Euro

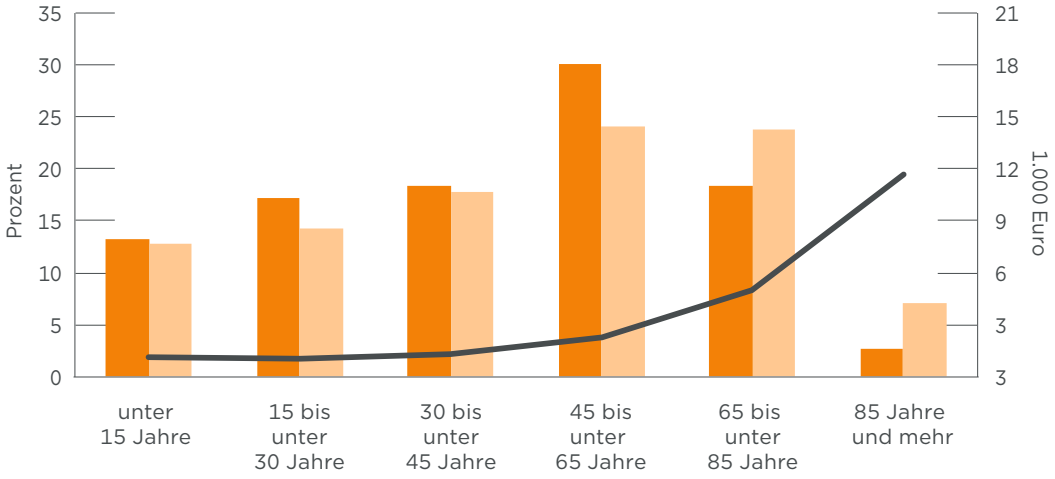


Quelle: G-BA

Selbst wenn die altersspezifischen Krankheitskosten langfristig auf dem Niveau des Jahres 2015 bleiben, dürften die inflationsbereinigten jährlichen Krankheitskosten je Einwohner bis 2060 allein aufgrund der Alterung um rund 25 Prozent auf mehr als 5.000 Euro steigen, schätzt etwa der Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung (2018).

5 Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung (2018).

Abbildung 10: Entwicklung der Bevölkerungsstruktur und Krankheitskosten in Deutschland
Anteil in Prozent



Quelle: Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung

Das Krankheitsspektrum hat sich in den letzten 150 Jahren deutlich verändert. So trug die erfolgreiche Bekämpfung der Infektionskrankheiten maßgeblich zum Anstieg der Lebenserwartung bei und schuf damit Raum für Krankheitsbilder, die erst in hohem Alter vermehrt auftreten. Heute ist das Krankheitsspektrum stark von nicht übertragbaren, häufig chronischen Erkrankungen geprägt. Diese werden vom Wandel der Lebensgewohnheiten ebenso beeinflusst wie vom biologischen Altern.[6] Hierzu zählen Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Krebs, chronische Atemwegserkrankungen, Stoffwechselerkrankungen oder Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems.

6 RKI (2015).

EXKURS: MEDIKALISIERUNGS- VS. KOMPRESSIONSTHESE

In der Literatur wird darüber gestritten, wie sich die steigende Lebenserwartung auf die altersspezifischen Morbiditätsrisiken auswirkt. Anhänger der Medikalisierungsthese gehen davon aus, dass eine steigende Lebenserwartung mit einer stärkeren Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen einhergeht, also Leistungen über einen längeren Zeitraum in Anspruch genommen werden, weil erkrankte Menschen heute länger überleben.[7] Die Kompressionsthese geht hingegen davon aus, dass sich die höhere Morbidität auf eine kurze Phase vor dem Tod beschränkt, die mit der steigenden Lebenserwartung lediglich nach hinten verschoben wird.[8]

Die Debatte darüber, welche These nun zutrifft, ist unter Gesundheitsökonomen ein Dauerthema, zumal beide Thesen theoretisch hergeleitet werden können und die jeweiligen Anhänger auch belastbare empirische Evidenz ins Feld führen können.[9] In Deutschland sind nach derzeitiger Sicht die beiden Faktoren Alter und Zeit bis zum Tod anteilig für die steigenden Gesundheitsausgaben verantwortlich.[10] Anhand von Daten aus dem Risikostrukturausgleich wird aufgezeigt, dass im Jahr 2040 ein 80-Jähriger ähnlich intensiv behandelt werden dürfte wie heute ein 75-Jähriger bei einer ähnlichen verbleibenden Lebenserwartung. Dagegen zeigt eine RWI-Studie aus dem Jahr 2016, in der Gesundheitsdaten der „Ü50er“ aus den Jahren 2004/05 mit denen der Jahre 2010/11 verglichen werden, dass die durchschnittliche Anzahl von Krankheiten in jeder Alterskohorte gestiegen ist.[11] Die einschränkenden Folgen der Krankheiten blieben gleich. Weil die Menschen immer älter würden, erhöhte sich dadurch der Anteil jener, die gesundheitlich eingeschränkt lebten. Die Studie liefere daher Hinweise darauf, „dass zusätzliche Lebensjahre eher in Krankheit und mit Einschränkungen bei Alltagsaktivitäten als in Gesundheit verbracht werden“.[12]

Die akademische Diskussion, welche Einflüsse nun maßgeblich sind und wie sich verschiedene Faktoren wechselseitig bedingen, ist sicher noch nicht beendet. Für die praktischen Planungen im Gesundheitswesen sollte aber vor dem Hintergrund der Bevölkerungsalterung zwingend mit weiteren Steigerungen der Gesundheitskosten gerechnet werden.

---

7 Gruenberg (1977).
8 Fries (1980).
9 Für die Kompressionsthese u. a. Zweifel, Felder und Meiers (1999); Seshamani und Gray (2004); Wong et al. (2011); für die Medikalisierungsthese u. a. Karlsson und Klohn (2014); eine Übersicht der Studienlage gibt es u. a. in: Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2018).
10 Meijer et al. (2013); Göpffarth, Koppetsch und Schmitz (2016).
11 Heger (2016).
12 Heger (2016).

Langfristige Prognosen über die Ausgabenentwicklung im Gesundheitssektor sind stets mit hoher Unsicherheit behaftet. Zum einen ist ungewiss, ob und in welchem Ausmaß die Bevölkerung in Zukunft möglicherweise gesünder altert, etwa weil die Anzahl der Raucher zurückgeht, die Menschen sich gesünder ernähren, mehr Sport treiben oder weniger gesundheitsgefährdende Tätigkeiten ausüben. Auf der anderen Seite hat der medizinische Fortschritt in der Vergangenheit die Gesundheitsausgaben deutlich steigen lassen. Denkbar ist zudem, dass der durch Alterung und medizintechnischen Fortschritt unweigerlich entstehende Kostendruck die Einführung effizienzverbessernder Maßnahmen forcieren wird. Fehl- und Überversorgungen könnten abgebaut und die Kosten deutlich gesenkt werden. Gelingt dies nicht, wird sich die Frage nach Rationierungen in einem breiter werdenden Spektrum von Anwendungsgebieten stellen.

Insgesamt stellt die demografische Entwicklung die Gesundheitswirtschaft vor neue und wachsende Herausforderungen, nicht nur im Bereich der Pflege. Unabhängig davon, ob man von steigenden Kosten sowie einer zunehmenden Pflegenachfrage durch die zunehmende Alterung der Gesellschaft (Medikalisierungsthese) oder von einer Zunahme der in Gesundheit verbrachten Jahre (Kompressionsthese) ausgeht, ist es unstrittig, dass die Kostensteigerungen die zentrale Herausforderung der Zukunft sind.

2.2. DER KRANKENHAUSSEKTOR

In Deutschland ist es Aufgabe der Bundesländer, die „wohnortnahe Versorgung der Bevölkerung durch Krankenhäuser sicherzustellen“.[13] Dafür entwickelt jedes Land einen Krankenhausbedarfsplan.

Diese Pläne werden in erster Linie auf Basis bestehender Strukturen entwickelt. Somit werden der medizinisch-technische Fortschritt, die demografische Entwicklung und die Bedarfsnotwendigkeit in einem bundesweiten Versorgungsnetz nicht ausreichend berücksichtigt, wodurch es zu Fehlplanungen kommt.[14]

2.2.1. Anzahl der Krankenhäuser in Deutschland

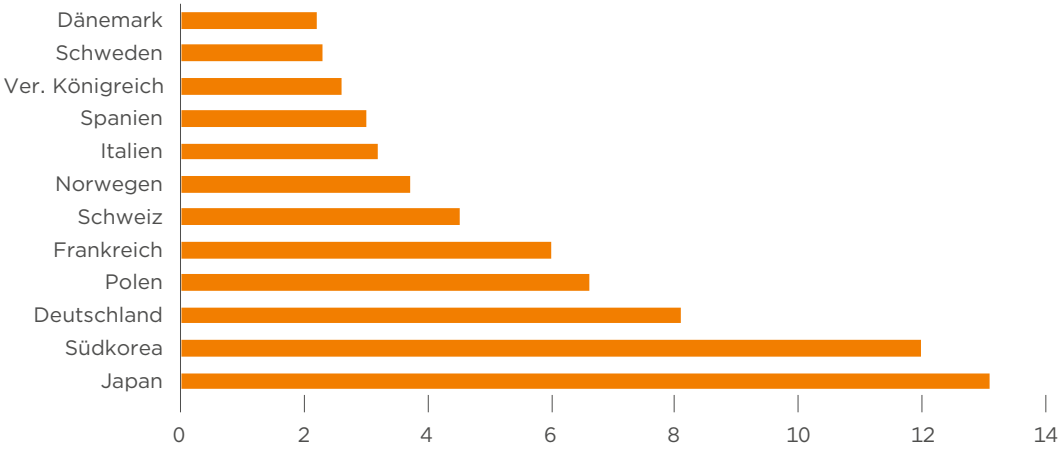
Deutschland hat sehr viele, darunter aber auch zahlreiche kleine Krankenhäuser. Mehr als 60 Prozent der deutschen Krankenhäuser haben weniger als 200 Betten, nur 15 Prozent bieten mehr als 500. Dies führt dazu, dass viele Krankenhäuser keine optimale Versorgungsqualität anbieten können, aber Mittel und Personal binden, die an anderen Stellen im System fehlen. Überdies ist die Anzahl der Betten pro Einwohner im internationalen Vergleich sehr hoch.

---

13 Beispielhaft aus dem Krankenhausgestaltungsgesetz des Landes Nordrhein-Westfalen vom 11. Dezember 2007.

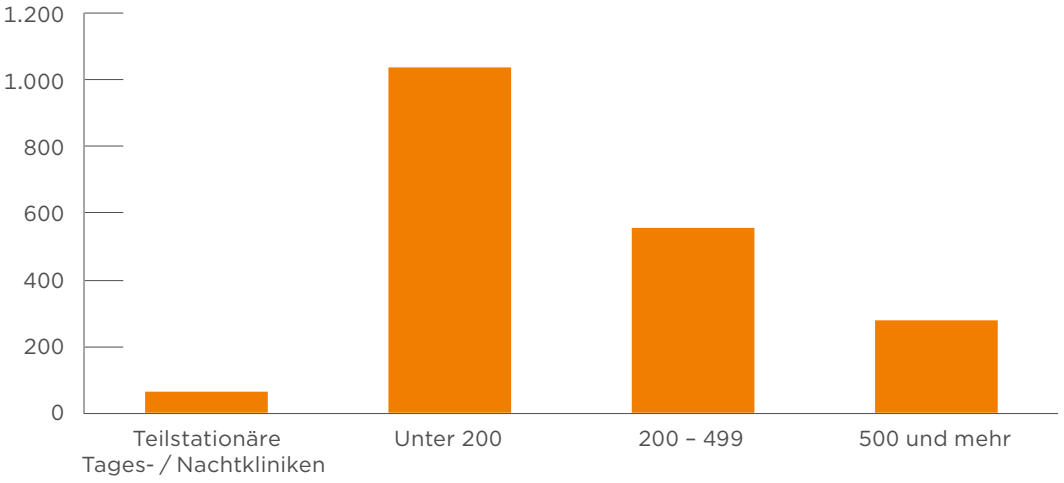
14 Augurzky et al. (2014).

Abbildung 11: Anzahl der Krankenhausbetten je tausend Einwohner im internationalen Vergleich



Quelle: OECD

Abbildung 12: Anzahl der Krankenhäuser in Deutschland nach Bettengrößenklasse
2017



Quelle: Statistisches Bundesamt

Abbildung 13
Anzahl der Krankenhäuser
in Deutschland nach Trägerschaft

28,8

Prozent der Trägerschaften von Krankenhäusern sind öffentliche Einrichtungen.

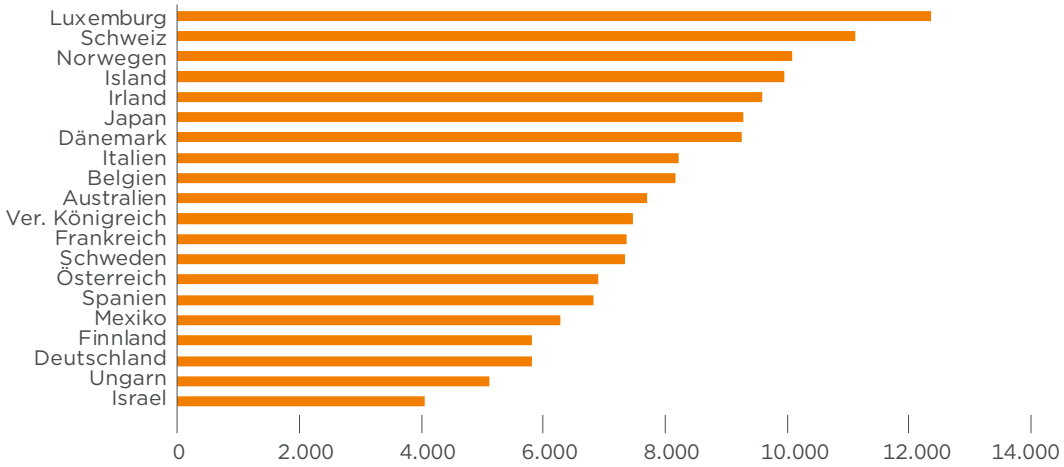
37,1 %
sind private
Einrichtungen.

34,1 %
sind freigemeinnützige
Einrichtungen.

Quelle: Statistisches Bundesamt

Die Größe, sowohl hinsichtlich der Anzahl an Kliniken und Betten je Einwohner als auch bezüglich der Anzahl der Behandlungen, macht den deutschen Krankenhaussektor als Ganzes teuer und ineffizient. Schaut man dagegen auf den einzelnen Fall, ergibt sich ein anderes Bild. Die durchschnittlichen Fallkosten in Deutschland sind im internationalen Vergleich sehr niedrig.

Abbildung 14: Krankenhausfallkosten im internationalen Vergleich
In US-Dollar



Quellen: OECD; Eigene Berechnung

Die Diskussion der optimalen Anzahl der Krankenhäuser in Deutschland wird häufig und zumeist emotional geführt. Unter ökonomischen Gesichtspunkten gibt es kaum Widerspruch, dass die derzeitige Krankenhauslandschaft in Deutschland nicht optimal ist. Auch in der Politik findet diese Erkenntnis zunehmend Anklang. Ausdruck findet dies etwa im Krankenhausstrukturgesetz aus dem Jahr 2015, das mit dem Krankenhausstrukturfonds ein Mittel explizit zur „dauerhaften Schließung“ stationärer Einrichtungen vorsieht.

EXKURS: KRANKENHAUSSTRUKTURGESETZ

Das Krankenhausstrukturgesetz (KHSG) wurde im Jahr 2015 verabschiedet und trat am 1. Januar 2016 in Kraft, um die Krankenhauslandschaft besser an die demografische und medizinische Entwicklung anpassen zu können. Neben Veränderungen im Bereich der Planung von Pflegestellen und Hygienebestimmungen stand dafür die Krankenhausplanung und -finanzierung im Fokus des Gesetzes.

Um die Krankenhausplanung stärker an der Qualität der Häuser auszurichten, wurde Qualitätsindikatoren auf den Ebenen Struktur, Prozess und Ergebnis durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) festgelegt. Über Qualitätszuschläge- bzw. abschläge für gute und schlechte Qualität werden diese unmittelbar im System berücksichtigt, bei dauerhaft unzureichender Qualität sind auch Schließungen von Fachabteilungen möglich.

Mit dem KHSG wurde im Jahr 2017 auch der Fixkostendegressionsabschlag eingeführt. Dieser sollte den Anreiz für Krankenhäuser senken, über Mehrleistungen fehlende Investitionsmittel und niedrige durchschnittliche Fallpauschalen querzufinanzieren: Ab einer Jahreshöchstmenge werden Krankenhäuser für die Erbringung einer Leistung niedriger vergütet, da die Fixkosten abgegolten seien.

Ein zentraler Aspekt zur Entwicklung der Krankenhauslandschaft ist der als Teil des KHSG verabschiedete Krankenhausstrukturfonds. Dieser Fonds wurde ebenfalls am 1. Januar 2016 eingerichtet, um dem „Abbau von Überkapazitäten, der Konzentration von stationären Versorgungsangeboten und Standorten sowie der Umwandlung von Krankenhäusern in nicht akutstationäre örtliche Versorgungseinrichtungen“ zu dienen.[15] Somit wird konkret und explizit die Schließung und Umwidmung bestehender Einrichtungen befördert – ein Vorgang, der aufgrund von Vorbehalten der Bevölkerung schwer umzusetzen ist. Die Idee dahinter ist, dass bei einer Umwandlung einer stationären Einrichtung in eine anders gelagerte medizinische Versorgungseinheit, etwa ein medizinisches Versorgungszentrum, die flächendeckende Versorgung weiterhin gewährleistet werden kann. Gleichzeitig können aber Ineffizienzen abgebaut werden, da stationäre Einrichtungen mit beachtlichen Fixkosten verbunden sind, die umso stärker durchwirken, je geringer die Bettenzahl eines Hauses ist.

Im Zuge des im Jahr 2018 verabschiedeten „Pflegepersonal-Stärkungsgesetzes“ (PpSG) wurde die Finanzierung des Krankenhausstrukturfonds für den Zeitraum 2019 bis 2022 mit jeweils 500 Millionen Euro im Jahr verlängert.

15 https://www.bundesversicherungsamt.de/gesundheitsfonds-strukturfonds/strukturfonds.html

Dieser bundespolitischen Initiative stehen nicht selten landes- und kommunalpolitische Interessen entgegen: Die Schließung eines Krankenhauses wird durchweg von massiver öffentlicher Kritik begleitet, unter anderem, weil Patienten längere Anfahrtswege auf sich nehmen müssen, nicht selten aber auch, weil ein Krankenhaus für einen Ort oder eine Region identitätsstiftend ist. Kliniken werden besonders in ländlichen Gebieten über ihre Versorgungsfunktion hinaus als kommunaler Standortfaktor betrachtet, vergleichbar mit Schulen, Kirchen oder auch Postämtern.[16] Schließungen sind demnach für Landes- und Kommunalpolitiker nur gegen heftige Widerstände zu realisieren und zwar umso schwieriger, je dünner besiedelt und infrastrukturell schlechter aufgestellt eine Region ist.

Um Schließungen öffentlicher Kliniken entgegenzuwirken, werden Betriebskostenverluste öffentlicher Kliniken nicht selten durch kommunale Steuermittel ausgeglichen. Der Bundesverband Deutscher Privatkliniken war im Jahr 2013 mit einer Klage unter Berufung auf das EU-Wettbewerbsrecht vor dem Landgericht Tübingen gescheitert, der Bundesgerichtshof bestätigte diese Entscheidung im Jahr 2016). Demnach dürfen Betriebskostenverluste öffentlicher Krankenhäuser ausgeglichen werden, wenn diese mit einem Versorgungsauftrag im Krankenhausplan aufgenommen seien.

Die Krankenhausplanung auf Landesebene sowie die Verlustausgleiche öffentlicher Kliniken werden damit begründet, dass sie die Versorgung in der Fläche sicherstellen. Diesem eher juristischen Argument lässt sich aus ökonomischer Sicht entgegenhalten, dass auf diese Weise eine bestehende Überversorgung zementiert wird.

In Deutschland kommen 8,1 Krankenhausbetten auf 1.000 Einwohner. Im OECD-Vergleich kommen nur Japan (13,1) und Korea (12,0) auf eine noch größere Bettendichte. Österreich liegt mit 7,4 Betten auf 1.000 Einwohner noch auf einem vergleichbaren Niveau, die nächsten EU-Staaten Ungarn (7,0), Tschechien (6,8), Litauen (6,7), Polen (6,6) und Frankreich (6,0) liegen deutlich dahinter.[17] In Italien und Spanien sind es rund drei Betten je 1.000 Einwohner, in Schweden (2,3) und Dänemark (2,2) noch einmal deutlich weniger. Beim internationalen Vergleich spielen sicherlich die geografischen Bedingungen eine Rolle. So muss Deutschland als Flächenstaat eine höhere Bettenanzahl im Verhältnis zur Einwohnerzahl aufweisen, um die Versorgung in der Fläche zu gewährleisten, als es etwa die Schweiz oder Dänemark müssen. Gleichzeitig ist die Dichte des Krankenhausnetzes kein Qualitätskriterium an sich. So verfügt jedes fünfte deutsche Plankrankenhaus nicht über eine Intensivstation, jede dritte Klinik verfügt über kein CT-Gerät.[18]

16 Vgl. u. a. Richter (2018).
17 https://stats.oecd.org
18 Wissenschaftlicher Beirat beim Bundesministerium der Finanzen (2018).

EXKURS: DÄNEMARK

Die Gesundheitsversorgung in Dänemark wird über einen allgemeinen öffentlichen Gesundheitsdienst organisiert. In einer umfassenden Kommunalreform wurden im Jahr 2007 die Anzahl der Kommunen und Kreise reduziert und Aufgabenbereiche neu definiert. Drei Kernelemente wurden dabei umgesetzt:[19]

Vor der Reform waren die Regionen für die Ausgestaltung des Gesundheitssystems verantwortlich. Die Regulierung und Planungshoheit wurden im Zuge der Reform weitgehend zentralisiert.

Zwar liegt die grundsätzliche Verwaltung des Gesundheitswesens weiterhin bei den Regionen. Durch die Zusammenlegungen von Regionen im Zuge der Kommunalreformen wurden allerdings größere Planungseinheiten geschaffen, die eine weniger kleinteilige Planung erlauben. Die fünf neu geschaffenen Regionen sind die Träger der Kliniken in ihrer Region und zuständig für die regionale Verteilung, Kapazitätsplanung, Spezialisierung und Organisation.

Durch eine administrative Neuordnung des Gesundheitssektors sollte das System effizienter organisiert werden.

Durch Schließungen und Zusammenlegungen konnte die Anzahl der Krankenhäuser in Dänemark in den letzten 20 Jahren auf knapp ein Drittel des Ausgangswerts gesenkt werden. Heute gibt es 32 Kliniken. Diese Einrichtungen sind alle modern ausgerüstet und hochspezialisiert. Soweit möglich, werden Patienten ambulant behandelt. Dabei werden die Behandlungswege weitgehend durch ein Gatekeeper-System gesteuert: Allgemeinärzte, die zum Großteil in Versorgungszentren zusammengeschlossen sind, fungieren als Gate-Keeper und überweisen die Patienten weiter an Fachärzte, um eine wirtschaftlich effiziente und medizinische sinnvolle Steuerung der Patientenwege zu ermöglichen.[20]

Die Digitalisierung des dänischen Gesundheitssystems wurde frühzeitig und konsequent vorangetrieben. Elektronische Patientenakten sind bereits seit Jahren flächendeckend im Einsatz, und alle Gesundheitseinrichtungen sind über die digitale Infrastruktur vernetzt. Da die einzelnen Verwaltungseinheiten dabei auf unterschiedliche Lösungen zurückgreifen, wird die Interoperabilität der Systeme zentral organisiert, um einen Datenfluss zwischen den Systemen zu ermöglichen. Es gibt zentrale Datenbanken, die je nach Bedarf und bei Berechtigung erlauben, auf Gesundheitsdaten zuzugreifen. Die

19 Christiansen und Vrangbaek (2017).
20 Thiel et al. (2018).

elektronischen Daten jedes der aktuell vier unterschiedlichen eHealth-Systeme der einzelnen Regionen speisen die zentralen Datenbanken.[21] Dies gibt den Regionen einerseits eine Entscheidungsfreiheit bezüglich des genutzten eHealth-Systems, was aus ökonomischer Sicht durchaus sinnvoll sein kann, da es den Wettbewerb zwischen den Systemen fördert. Gleichzeitig werden über die Gewährleistung der Interoperabilität aber Reibungsverluste verringert, die auftreten, wenn die unterschiedlichen Systeme nicht Regionen übergreifend auf die Daten zurückgreifen könnten.

Das dänische Krankenhaussystem gilt allerdings trotz der Reformen der vergangenen Jahre noch immer als international vergleichsweise teuer, das Personal klagt mitunter über sehr hohe Arbeitsbelastungen, und digitale Versorgungsmöglichkeiten (z. B. Datentransfer, Telemedizin) werden bisher nicht so stark genutzt, wie es technisch möglich wäre.[22] Gleichwohl zeigen die Erfahrungen Dänemarks, wie Patienten besser gesteuert und Digitalisierung implementiert werden kann, um so die Effizienz zu steigern. Auch wenn diese Erfahrungen nicht eins zu eins auf Deutschland übertragbar sind, können wertvolle Reformansätze daraus entwickelt werden.

Ein zentrales Problem der medizinischen Versorgung in Deutschland ist die vermeintliche Überversorgung mit Krankenhausleistungen bei gleichzeitig zu geringer Spezialisierung der Kliniken. So beschrieb die OECD bereits im Jahr 2013, dass das deutsche Vergütungssystem zu Fehlanreizen für Krankenhäuser führe. Das tatsächlich im Markt beobachtete Überangebot von Krankenhausleistungen ist seitdem in einer Vielzahl von Untersuchungen bestätigt worden.[23] Daher sind in der Vergangenheit zunehmend Instrumente geschaffen worden, die Konstruktionsfehler der Krankenhausfinanzierung abbauen und die verstärkte Spezialisierung von Kliniken unterstützen sollen.

Fehlende technische und personelle Ausstattung sowie mangelnde Erfahrung bei bestimmten Therapien kann die Qualität einer Behandlung negativ beeinflussen. Daher gibt es Mindestmengenanforderungen und die in den letzten Jahren bedeutender gewordenen Strukturanforderungen an Krankenhäuser.[24]

Mindestmengenanforderungen für Eingriffe, die in einem Krankenhaus durchführt werden, gibt es in Deutschland seit dem Jahr 2004. Sie werden vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) für solche Leistungen festgelegt, bei denen die „Qualität des

21 Thiel et al. (2018).
22 Vgl. u. a. OECD (2018); Thiel et al. (2018); Christiansen und Vrangbaek (2017).
23 Kumar und Schoenstein (2013); Deutsche Akademie der Naturforscher Leopoldina e. V. – Nationale Akademie der Wissenschaften, Halle (Saale) (2016); Augurzky et al. (2017); Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2018), BMF (2018).
24 Hentschker et al. (2016).

Behandlungsergebnisses von der Menge der erbrachten Leistungen abhängig ist".[25] Mindestmengenregelungen gelten etwa für Leber- und Nierentransplantationen, Stammzellentransplantationen oder die Versorgung Frühgeborener mit einem Geburtsgewicht unter 1250 Gramm.[26] Die Mindestanforderungen für die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität (Strukturqualitätsvorgaben) werden ebenfalls vom G-BA festgelegt und gelten u. a. bei der Frühgeborenenversorgung, der Kinderherzchirurgie sowie bei minimalinvasiven Herzklappenoperationen.

Strukturvorgaben sowie Mindestmengen können theoretisch Anreize zur Förderung der Versorgungsqualität setzen und dazu führen, dass Leistungen in spezialisierten Zentren gebündelt angeboten werden. Doch an der konkreten Ausgestaltung gibt es Kritik. So argumentieren etwa Hentschker et al., dass es in den ersten zehn Jahren nach Einführung der Mindestmengen aufgrund fehlender Konsequenzen bei Nichterreichen keinen Steuerungsimpuls gegeben habe. Hinsichtlich der Versorgungsqualität gebe es zudem nur Evidenz, die höchstens kleine Effekte erwarten ließe.[27] Bezüglich des heute relevanteren Steuerungsmechanismus der Strukturanforderungen kritisiert die Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF), dass eine verstärkte Qualitätsorientierung zwar sehr zu begrüßen, von der gewählten Regelung allerdings kein positiver Effekt zu erwarten sei. So könne man von der Auswahl einzelner Behandlungen ohne den Überbau eines umfassend neuen Konzeptes zur Krankenhausplanung keine signifikante Steuerungswirkung und Qualitätsverbesserung erwarten. Die definierten Qualitätsanforderungen seien zudem nicht ausreichend evidenzbasiert. Um die Qualitätsstandards zu erreichen, gebe es zudem erneute Fehlanreize in der Steuerung für Kliniken, der Aufwand der Umsetzung „enorm".[28]

Prof. Dr. Dennis A. Ostwald

Wenn der Aufschwung in Deutschland endet und die Beschäftigung nicht mehr so rasant wie in den vergangenen Jahren steigt, werden Fragen der Finanzierbarkeit im Gesundheitssystem erheblich an Bedeutung gewinnen. Der finanzielle Druck wird durch die Alterung der Bevölkerung, den Fachkräftemangel und den medizinisch-technischen Fortschritt steigen. Mittelfristig ist nicht ausgeschlossen, dass es zu Rationierungen in bestimmten Bereichen der medizinischen Versorgung kommen wird.

25 § 136b Abs. 1 Nr. 2 SGB V.
26 Gemeinsamer Bundesausschuss (2018).
27 Hentschker et al. (2016).
28 AWMF (2018).

Mit dem wachsenden finanziellen Druck wird auch die Motivation steigen, im Gesundheitssystem vorhandene Effizienzreserven zu heben und Fehlanreize abzubauen, sodass kostenbewusstes Handeln stärker belohnt wird als gegenwärtig. Die in der Zahnmedizin heute bereits üblichen Selbstbeteiligungen könnten auf weitere Bereiche ausgeweitet werden. Dies spart nicht nur den Krankenkassen Kosten, sondern belohnt kosteneffizientes Verhalten der Patienten. Denkbar wäre beispielsweise, Patienten an den Kosten zu beteiligen, wenn sie bestimmte Untersuchungen mehrfach von verschiedenen Ärzten ausführen lassen.

Die drei Megathemen der medizinischen Versorgung in Deutschland in der kommenden Dekade sind:

- **die Sicherstellung einer qualitativ hochstehenden und flächendeckenden ambulanten Versorgung;**
- **die Reform der stationären Versorgung (aufgrund von Über- und Fehlversorgung) und**
- **die gezielte Nutzung der Potenziale durch die Digitalisierung im Gesundheitssystem.**

FLÄCHENDECKENDE AMBULANTE VERSORGUNG

Ein gutes Gesundheitswesen ist ein elementarer Standortvorteil. Im Zuge der Alterung der Gesellschaft drohen nicht zuletzt in Ostdeutschland ganze Regionen zu überaltern und damit auszubluten. Trotzdem muss dort eine qualitativ hochstehende Gesundheitsversorgung sichergestellt werden, da diese Regionen sonst weiter unter Abwanderung leiden. Dies muss verhindert werden, indem Anreizsysteme aus- und aufgebaut werden. Denkbar wären finanzielle Anreize wie zum Beispiel Investitions- und Personalkostenzuschüsse für Ärzte, die sich in solchen Regionen niederlassen oder bestimmte Leistungen dort höher zu vergüten als in Ballungszentren. Letztlich erhält ein Arzt dadurch zusätzlich zu den Kassenleistungen Geld. Einen weiteren Ansatz könnte auch ein neues Modell in Nordrhein-Westfalen erschließen. Dort wird ein bestimmtes Kontingent der medizinischen Studienplätze nicht anhand des Numerus Clausus vergeben, sondern für dieses „Sonderkontingent“ müssen sich die Studenten verpflichten, nach ihrer Ausbildung für eine bestimmte Zeit auf dem Land zu arbeiten. Weiterhin könnte der Fachkräfte-Engpass durch eine bessere und erleichterte Anerkennung von ausländischen Abschlüssen in Deutschland gemildert werden.

STATIONÄRE VERSORGUNG

Deutschland hat zu viele Krankenhäuser und Krankenhausbetten. Ein wesentliches Problem ist dabei die duale Finanzierung, nach der die Bundesländer für die

Bedarfsplanung und die Investitionen zuständig sind und die Krankenkassen über Fallpauschalen die laufenden Kosten des Betriebs finanzieren. Auf diese Weise wird es für Kliniken finanziell attraktiv, möglichst viele hoch vergütete Operationen durchzuführen. Die Länder haben viele Jahre die Investitionen vernachlässigt. Gleichwohl wurden nur wenige Kliniken geschlossen, weil der laufende Betrieb von den Krankenkassen finanziert wurde. Die Folge: Unrentable, schlecht ausgestattete Kliniken, die zu häufig operieren. Politisch dürfte es allerdings sehr schwer durchzusetzen sein, den Bundesländern die Hoheit über die Krankenhäuser zu entziehen und die Finanzierung ganz auf die Krankenkassen zu übertragen.

Schließlich handelt es sich hier um hoheitliche Bereiche der Länder. Um die Krankenhausfinanzierung effizienter aufzustellen, sollte das System der Fallpauschalen weiterentwickelt werden. Eine Blaupause kann dabei die Vergütung von Fachärzten darstellen, deren Investitionskosten pro Behandlung anteilig honoriert werden. Denkbar wäre zudem, den Betrieb von Kliniken öffentlich auszuschreiben. Vorbild könnte der öffentliche Nahverkehr sein. Private Anbieter hätten dann einen Anreiz, Effizienzpotenziale zu heben, müssten sich jedoch verpflichten, Qualitätsstandards einzuhalten. „Rosinenpicken“ privater Investoren könnte auf diese Weise verhindert werden.

DIGITALISIERUNG IM GESUNDHEITSWESEN

Das Thema Digitalisierung im Gesundheitssektor hat mehrere Dimensionen:

- **Die Entlastung des Personals bei Routinetätigkeiten, vor allem vor dem Hintergrund des Fachkräfteengpasses und des hieraus resultierenden Kostendrucks;**
- **die Versorgung strukturschwacher Regionen (Telemedizin) und**
- **die Verbesserung von Diagnostik und Therapie durch neue Verfahren.**

Damit bietet die Digitalisierung die Chance, die medizinische Versorgung besser und zugleich kostengünstiger zu gestalten, sofern die vorhandenen Effizienzreserven ausgeschöpft werden. Außerdem könnten Arbeitsplätze in diesem Segment attraktiver werden, weil körperlich anstrengende Arbeiten oder Routinetätigkeiten zukünftig mit Unterstützung von (digitaler) Technik erledigt werden. Im Ergebnis stünde den Versorgenden letztlich mehr Zeit zur Behandlung und Betreuung der Patienten zur Verfügung. Darüber hinaus können durch den gezielten (standardisierten und sektorübergreifenden) Einsatz digitaler Dokumentationssysteme zum Beispiel kostenintensive und vor allem gesundheitsschädliche Fehldiagnosen reduziert werden.

Darüber hinaus wäre perspektivisch denkbar, dass Gesundheitskonzerne oder -verbände die Komplettversorgung einzelner Patientengruppen von den Krankenkassen übernehmen und dafür honoriert werden. So könnte beispielsweise ein

Hersteller eines Diabetes-Präparats von einer Krankenkasse die Komplettversorgung aller Diabetes-Patienten übernehmen oder der Betreiber von Dialyse-Zentren die Rundum-Versorgung aller Nieren-Patienten.

Insgesamt sehr zielführend wäre es, wenn im Gesundheitssektor mehr Kosten-Nutzen-Analysen durchgeführt würden. Dazu müssten nicht zuletzt auch umfassende Patientendaten erhoben und in anonymisierter Form zu Forschungszwecken aufbereitet werden. Vorbild könnten die der Wissenschaft zur Verfügung stehenden Steuerdaten oder das Sozioökonomische Panel sein. Allerdings stehen dem die geltenden Datenschutzbestimmungen entgegen.

Grundlage dieser Ausführungen ist ein Interview der Autoren mit Prof. Dennis A. Ostwald

Porf. Ostwald ist Geschäftsführer der WifOR GmbH und Professor für Wirtschaftsforschung und Management an der SIBE der Steinbeis Universität Berlin.

2.2.2. Die Krankenhausfinanzierung

Die deutschen Krankenhäuser werden seit 1972 dual finanziert. Die gesamten Krankenhauskosten werden dabei in Behandlungs- und Investitionskosten aufgeteilt. Die Behandlungskosten werden von den Krankenkassen und Krankenversicherungen getragen, die Abrechnung erfolgt über ein pauschalierendes Abrechnungssystem basierend auf der Klassifikation in diagnosebezogene Fallgruppen (Diagnosis Related Groups – DRG).
Fallpauschalen

2.2.2.1. Fallpauschalen

Das DRG-System wurde im Jahr 2003 eingeführt, um Fehlanreize des bis dahin geltenden Selbstkostendeckungsprinzips abzubauen. Durch die bis 2003 geltende Regelung hatten Krankenhäuser einen Anreiz, Patienten möglichst lange stationär zu behandeln. Dies sollte mit Einführung der Fallpauschalen und der damit verbundenen Umstellung der Abrechnung auf Fallzahlen verändert werden.

DEFINITION: DAS DRG-SYSTEM

Seit dem Jahr 2003 wird für die Leistungsabrechnung in deutschen Krankenhäusern ein „durchgängiges, leistungsorientiertes und pauschalierendes Vergütungssystem“ (§ 17b Abs. 1 Satz 1 KHG) verwandt, welches die bis dahin leistungsunabhängig ausgezahlten Pflegepauschalen ersetzt hat. Zuständig für die Ausgestaltung waren die Selbstverwaltungspartner.

Nach einem Jahr der freiwilligen Umstellungsfrist wurde das DRG-System seit dem Jahr 2004 verpflichtend implementiert. Ausgenommen sind Entgelte für Psychiatrie und Psychosomatik. Alle Krankenhäuser eines Bundeslands werden nach einheitlichen Landesbasisfallwerten abgerechnet, krankenhausindividuelle Preise sind mit befristeten Ausnahmen spezieller Häuser nicht mehr vorgesehen.

Abbildung 15: Organisation der Selbstverwaltung

Quelle: HRI

Der DRG-Katalog umfasst etwa 1.300 Fallpauschalen. Bewertet werden Fälle vorrangig nach der Haupt- und Nebendiagnose, den durchgeführten Behandlungen sowie nach demografischen Faktoren.

Das System ist als „lernendes System“ angelegt, die Pauschalen werden jährlich angepasst. Die Aufgabe, den DRG-Katalog zu erstellen und zu überarbeiten, wird vom Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) unter Berücksichtigung der Datenzulieferungen teilnehmender Krankenhäuser durchgeführt.

Befürworter der Umstellung auf Fallpauschalen verweisen u. a. darauf, dass Liegezeiten verkürzt, Prozesse optimiert und damit Wirtschaftlichkeitsreserven mobilisiert wurden. Gleichzeitig sei die Qualität der Versorgung in deutschen Krankenhäusern weiterhin hoch.[29] Damit habe die Reform das zentrale Ziel der Hebung von Effizienzreserven im deutschen Krankenhauswesen erreicht.

Genau diese Entwicklung wird von den Kritikern dieses Systemwechsels moniert: So sei es zu einer Ökonomisierung der Versorgung gekommen. Darunter leide die Qualität, da etwa Entlassungen vorgezogen würden, wenn dies ökonomisch vorteilhaft sei. Zudem ginge die Entwicklung auf Kosten der Belegschaften, da es im Zuge der Reform zu einem signifikanten Personalabbau und einer Mehr- und Überbelastung des Krankenhauspersonals gekommen sei.[30]

Das System der Fallpauschalen ist darauf zugeschnitten, die Effizienz innerhalb des Krankenhaussystems zu verbessern. Die Organisation eines ganzheitlichen Ansatzes der Versorgung und einer sinnvollen Patientensteuerung durch die verstärkte Verzahnung stationärer und ambulanter Versorgung wird hingegen erschwert, da ambulante Leistungen nicht in das Abrechnungssystem einbezogen sind.[31]

Neben dem DRG-Fallpauschalenkatalog gibt es in der Abrechnung zudem noch regionale Unterschiede, die über Landesbasisfallwerte abgebildet werden. Die Fallpauschale umfasst neben den reinen Behandlungskosten auch einen darüber hinausgehenden Anteil zur Deckung der betrieblichen Fixkosten.

Allerdings sind die Pauschalen je nach Fallgruppe unterschiedlich hoch. So ist vor allem die Grund- und Regelversorgung für viele Häuser allein durch die Pauschalen kaum kostendeckend zu leisten, eine darüberhinausgehende Deckung der Fixkosten ist erst recht nicht möglich. Vor allem die Notfallversorgung stellt kleine Häuser vor wirtschaftliche Probleme.[32] Somit werden Angebote, die nicht kostendeckend zu betreiben sind, zunehmend durch Aktivitäten querfinanziert, die vergleichsweise hoch vergütet werden und nicht selten durch sinkende Durchschnittskosten gekennzeichnet sind. Dazu zählen eine Reihe von chirurgischen Routineeingriffen, über deren medizinische Notwendigkeit im Vergleich zur konventionellen Behandlung kontrovers diskutiert wird.[33]

Um Überversorgungsanreize zu senken, wurde im Zuge des KHSG der Fixkostendegressionsabschlag (FDA) eingeführt. Durch eine geringere Vergütung von Leistungen ab einer bestimmten Obergrenze sollen die sinkenden Durchschnittskosten von Leistungen berücksichtigt werden. Während dies einerseits Anreizen zur Überversorgung entgegenwirkt, steht es andererseits dem Ziel einer Ausdünnung der Krankenhauslandschaft bei gleichzeitiger Spezialisierung entgegen. Denn eine Konzentration bestimmter Leistungen an ausgewählten Zentren, die technisch und personell sehr gut ausgestattet sind, wird

29 Bundesministerium für Gesundheit (2018a).
30 Vgl. u.a. Marrs (2007); Dohmen und Fiedler (2015); Uhlmann (2015); Gnirke (2018).
31 Augurzky, Beivers und Pilny (2018).
32 RWI (2018); Anthony und Stalinski (2018).
33 Balmberger und Hohls (2014).

für Betreiber weniger attraktiv, wenn diese mit Mengenabschlägen konfrontiert sind. Damit der FDA Spezialisierungen nicht verhindert, gibt es eine Reihe von Ausnahmen wie etwa Transplantationen oder die Frühgeborenenversorgung. Regional gibt es zudem die Möglichkeit, einzelne Zentren, in denen es zur gewünschten Konzentration von Leistungen kommt, ebenfalls auszunehmen. Dennoch gilt der FDA als potenzieller Hinderungsgrund für eine stärkere Spezialisierung von Leistungen in Deutschland.[34] Zudem verweisen Kritiker darauf, dass es bei Abschlägen in der Vergütung einzelner Leistungen bei anderen noch stärker zu „einer Flucht in die Menge“[35] kommen könne – die erwünschten Effekte blieben somit gering.

Ähnlich kritisch diskutiert wird ein weiteres Instrument, das die Kosteneffizienz der Versorgung erhöhen soll, nämlich die Überprüfung von Klinikabrechnungen durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK). Grundsätzlich ist eine Kontrollinstanz der Finanzierer nachvollziehbar, um einer Moral-Hazard-Problematik entgegenzuwirken. Dieses Problem kann entstehen, wenn Finanzierer und Leistungserbringer unterschiedliche Anreize haben und nicht über die gleichen Informationen verfügen. Kontrollen durch den MDK können dieses Informationsdefizit zum Teil ausgleichen.

In der praktischen Umsetzung führen die Kontrollen zu einem erheblichen Aufwand. Der MDK beschäftigt knapp 10.000 Mitarbeiter, davon 2.300 Ärztinnen und Ärzte, die wiederum nicht in der Versorgung zur Verfügung stehen. Im Jahr 2017 erstellte der MDK 5,78 Millionen sozialmedizinische Empfehlungen für die Krankenversicherer.[36] Rund die Hälfte der Fälle waren Prüfungen von Krankenhausrechnungen. Dies erhöht den Dokumentationsaufwand in Kliniken signifikant[37] – und führt damit zu Reibungsverlusten, die den potenziellen Nutzen der Prüfungen begrenzen.

34 Loos et al. (2016).
35 Wissenschaftlicher Beirat beim Bundesministerium der Finanzen (2018).
36 MDS (2018).
37 Bundesministeriums für Gesundheit (2019).

EXKURS: CAPITATION-FINANZIERUNG

In Capitation-Modellen werden Gesundheitsleistungen pauschal vergütet. Die zugrunde liegende Theorie ist es, nicht die einzelne Behandlung zu vergüten, sondern die Gesundheit eines Patienten ganzheitlich aufrecht zu erhalten.

Die Pauschalvergütung birgt Potenzial auf verschiedenen Ebenen. Erstens steht nicht mehr die Behandlung von Krankheiten, sondern die Erhaltung der Gesundheit eines Patienten im Fokus. Die Pauschalen setzen demnach Anreize, die Versorgung nicht auf die Behandlung einer Krankheit zu fokussieren, sondern eine stärkere Integration von Vorsorge, Behandlung und Pflege zu fördern.

Zweitens wird Leistungserbringern ein Anreiz gegeben, Patienten möglichst effizient zu versorgen. Das Finanzierungsrisiko wird in diesem Modell vom Finanzierer – den Krankenkassen und -versicherungen – auf die Leistungserbringer übertragen, die in gegebenem Budget ihre Patienten versorgen müssen.

Drittens steigt die Planungssicherheit bei den Leistungserbringern, da sie ihre Einnahmen vor der Erbringung ihrer Leistungen erhalten und nicht auf eine unsichere bzw. ungewisse Ex-Post-Vergütung von Einzelleistungen angewiesen sind.[38]

Viertens können Patienten effizienter gesteuert werden, da womöglich unnötige oder doppelte Behandlungen unwirtschaftlich werden.

Gleichzeitig gilt es aber auch, mit den Herausforderungen der Capitation-Finanzierung umzugehen:

Besteht bei der Einzelvergütung der Anreiz zur Überversorgung, so liegt der Anreiz im Capitation-Modell genau umgekehrt in der möglichst günstigen Versorgung bei gegebenem Budget. Daher braucht ein funktionierendes Capitation-Modell eine klare Systematik der zu erbringenden Leistungen sowie Möglichkeiten der Qualitätskontrolle. Ansonsten gibt es einen Anreiz zur Unterversorgung.[39] Auch wenn dies allein aus ethischen Gründen ein geringeres Problem als der Anreiz zur Überversorgung sein sollte, kann es in einigen Bereichen durchaus relevant sein.

Eine zentrale Herausforderung in einem Capitation-Modell ist die Kalkulation der Pauschalbudgets. Ganz einfach gilt: Sind sie zu hoch, lassen sich keine Kostenvorteile zur Einzelvergütung realisieren. Sind sie zu niedrig, können die Leistungserbringer in finanzielle Schwierigkeiten kommen. Dies erhöht wiederum den Anreiz, Leistungen zu rationieren oder die Qualität zu senken. Diese Umverteilung des Risikos ist nicht trivial, da Leistungserbringern eine andere Rolle zukommt als Versicherern. Die Konstruktion von Versicherungen ist gerade darauf angelegt, durch eine große Anzahl an Versicherten mit unterschiedlichen Gesundheitsrisiken diesem

38 Wille (2009).
39 Beck (2013).

Risiko zu begegnen. Leistungserbringer können dieses „Gesetz der großen Zahl“ kaum nutzen, sodass es je nach Patientenstruktur zu deutlich unterschiedlichen Risiken kommen kann. In der Praxis gibt es eine Reihe verschiedener Ansätze, mit der Frage nach der Höhe der Pauschalen und dem Risiko umzugehen.

Hinsichtlich der Berechnung gelten Grundlagenarbeiten aus dem US-System als wegweisend. In Deutschland liefert der morbiditätsorientierte Risikostrukturausgleich zwischen den gesetzlichen Krankenkassen eine Basis für eine Kalkulation.[40]

Um Problemen bei der Umverteilung des Risikos sowie der Abdeckung in der Fläche entgegen zu wirken, können Klinik- und Praxisnetzwerke und -verbünde zur verstärkten Organisation der Leistungserbringer gebildet werden.

In Deutschland spielt die Capitation-Finanzierung mit Ausnahme einiger Modellregionen, in denen in Praxisnetzen erste Ansätze getestet wurden und werden, bislang keine Rolle. Im internationalen Vergleich gibt es bereits deutlich weitergehende Ansätze. Zu den Gesundheitssystemen, die zumindest partiell über Capitation-Finanzierungen abgewickelt werden, zählen unter anderem Italien, Irland, Belgien, das Vereinigte Königreich und Australien.[41] Im internationalen Vergleich weite Verbreitung fand das Konzept der Capitation-Finanzierung in der Schweiz. Seit den 1990er Jahren finden Managed-Care-Modelle verschiedener Ausgestaltung zunehmende Verbreitung in der Schweiz. Im Jahr 2012 war knapp ein Fünftel dieser Modelle mit einer Capitation-Finanzierung ausgestaltet; seit diesem Höchststand ist der Capitation-Anteil wieder rückläufig. Die Einführung der Capitation-Finanzierung in der Schweiz ist umfassend empirisch begleitet worden. Beck berichtet in einem Übersichtsartikel, dass die durchschnittlichen Einsparungen in Managed-Care-Modellen mit Capitation-Finanzierung beträchtlich sind. Im Schnitt konnten 18,9 Prozent Einsparungen realisiert werden. Allerdings ist dies nicht vollständig auf das Finanzierungsmodell zurückzuführen. So werden ähnlich große Kosteneinsparungen (18,4 Prozent) durch Hausarztmodelle mit Einzelvergütungen erreicht. Dass der Capitation-Anteil nun wieder rückläufig ist, wird vor allem auf das Risiko für die Leistungserbringer zurückgeführt, das trotz begleitender Maßnahmen zur Abschwächung hoch bleibt.

Die Ansätze des Capitation-Modells werden allerdings fortgeführt. Von wachsender Bedeutung sind Einzelleistungsvergütungen, die um einen Effizienzbonus (bei Erreichen einer Kosteneffizienz gegenüber einer empirischen Vergleichsgröße) und einen Qualitätsbonus (auf Grundlage eines Fragebogens) ergänzt werden.

40 Ash et al. (2011) in Beck (2013).

41 Für eine Aufzählung und ausführliche Diskussion siehe Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2018).

2.2.2.2. Kosten

Die Behandlungskosten in Krankenhäusern sind in den vergangenen 20 Jahren um nahezu 90 Prozent auf 94,7 Milliarden Euro im Jahr gestiegen.[42] Damit machen die Kosten stationärer Behandlungen rund ein Viertel der gesamten deutschen Gesundheitsausgaben aus.[43] Die Krankenkassen verwenden somit ein Drittel ihrer Ausgaben auf Krankenhäuser.[44]

Während die Krankenkassen die laufenden Behandlungskosten finanzieren, ist es Aufgabe der Bundesländer, ausreichend in Erhalt und Modernisierung der Kliniken zu investieren. Teilweise beteiligen die Länder ihre Kommunen an diesen Kosten.

So sieht beispielsweise das NRW-Krankenhausgesetz vor, dass sich die Kommunen zu 40 Prozent an den Kosten für Krankenhausinvestitionen beteiligen müssen, in Bayern oder Schleswig-Holstein sind es sogar 50 Prozent. Zu diesen Investitionsmitteln gehören Neu- und Erweiterungsbauten sowie die Beschaffung und Unterhaltung von Anlagegütern. Ein Anrecht auf Innovationsförderung der Länder haben grundsätzlich alle Krankenhäuser, die in den Krankenhausplan aufgenommen wurden. Seit Inkrafttreten des Krankenhausstrukturgesetzes im Jahr 2016 wurde eine qualitativ hochwertige, patienten- und bedarfsgerechte Versorgung als zweite Zielvorgabe an die Krankenhäuser verankert. Die genaue Ausgestaltung der Regelungen und die Finanzierung erfolgen auf Landesebene.

Im Jahr 2017 lagen die gesamten Investitionsfördermittel der Länder bei 2,76 Milliarden Euro. Das waren knapp 50 Millionen Euro weniger als im Vorjahr. Im Vergleich zum Jahr 1991 haben die Länder ihre Investitionsausgaben um rund eine halbe Milliarde Euro zurückgefahren – was einem realen Wertverlust von mehr als 50 Prozent entspricht.[45]

Die Investitionsförderung steht vor der Schwierigkeit, dass sich ein „optimaler“ Investitionsrahmen genauso wenig berechnen lässt wie ein „notwendiger“.

Im Unterschied zu den Behandlungskosten gibt es keinen festen Schlüssel, nach dem diese Investitionskosten gezahlt werden. Die Bundesländer haben dies in den vergangenen Jahren genutzt und den aus ihrer Sicht notwendigen Finanzrahmen für Investitionen kontinuierlich nach unten korrigiert.

---

42 Gesundheitsberichterstattung des Bundes: http://www.gbe-bund.de/oowa921-install/servlet/oowa/aw92/dboowasys921.xwdevkit/xwd_init?gbe.isgbetol/xs_start_neu/&p_aid=3&p_aid=71016443&nummer=322&p_sprache=D&p_indsp=6161&p_aid=52530751 [abgerufen am 26.04.2019]

43 Gesundheitsberichterstattung des Bundes: http://www.gbe-bund.de/oowa921-install/servlet/oowa/aw92/dboowasys921.xwdevkit/xwd_init?gbe.isgbetol/xs_start_neu/&p_aid=i&p_aid=71016443&nummer=322&p_sprache=D&p_indsp=-&p_aid=19737556 [abgerufen am 26.04.2019]

44 Vgl. u. a. AOK Bundesverband (2017).

45 Vgl. u. a. Deutschen Krankenhausgesellschaft (2018); RWI (2017).

Um die Entwicklung der Investitionskosten beurteilen zu können, braucht es eine Annäherung an einen „optimalen“ Investitionsrahmen. Bereits im Jahr 2008 – und damit vor den deutlichen Ausgabensteigerungen im Krankenhaussektor in den letzten Jahren – schätzten Rürup et al. (2008) über den Vergleich mit der Gesamtwirtschaft und ähnlich strukturierten Branchen den Investitionsbedarf der Krankenhäuser auf rund fünf Milliarden Euro jährlich. Augurzky et al. (2018) kommen zehn Jahre später auf einen jährlichen Bedarf der bestandserhaltenden Finanzierung von 5,8 Milliarden Euro.[46] Diese Zahlen implizieren eine jährliche Investitionslücke von rund drei Milliarden Euro, um eine Bestandserhaltung zu gewährleisten. Hinzu kommt, dass die große, seit Jahren bestehende Investitionsschwäche einen Investitionsrückstand verursacht hat.[47] Der medizinisch-technische Fortschritt und vor allem die mit hohen Anfangsinvestitionen verknüpfte Digitalisierung sind dabei noch nicht vollends berücksichtigt.

Heute verwenden die Krankenhäuser Teile ihrer Betriebsmittel für Investitionen und versuchen so die Investitionslücke aus eigener Kraft zu verringern. Durch die Ausweitung mit hohen Fallpauschalen vergüteter Leistungen werden letztlich Investitionen querfinanziert. Dieser Zustand, der mitunter „schleichende Monistik“ genannt wird, konterkariert die Grundidee der dualen Krankenhausfinanzierung. Die fehlenden Landesmittel verstärken den Anreiz einer ertragsmaximierenden stationären Versorgung.

So liegt Deutschland im OECD-Vergleich bei der Anzahl einer ganzen Reihe stationärer Operationen an der Spitze beziehungsweise in der Spitzengruppe. Zu diesen Aktivitäten zählen unter anderem Leistenbrüche, künstliche Hüften, Knieersatz oder auch perkutane

46 Rürup et al. (2008); Augurzky et al. (2018).
47 Augurzky, Beivers und Pilny (2018).

Koronarinterventionen und Herzkranz-Bypässe.[48] Der Befund, dass diese Eingriffe überdurchschnittlich häufig durchgeführt werden, spricht an sich noch nicht für eine Überversorgung, sondern kann genauso Ausdruck einer weitreichend hohen Versorgungsqualität sein. Problematisch wird die hohe Anzahl an Eingriffen, wenn diese medizinisch nicht notwendig sind oder der chirurgische Eingriff stationär durchgeführt wird, obwohl er ambulant hätte vorgenommen werden können.

Es gibt eine Reihe von Hinweisen darauf, dass dies in Deutschland nicht selten vorkommt. Reifferscheid, Pomorin und Wasem etwa erfassten in einer Umfrage unter rund 5.000 Chefärzten, Geschäftsführern und Pflegedirektoren deutscher Pflegeeinrichtungen die Eigenwahrnehmung bezüglich der Leistungserbringungen und ihrer zugrunde liegenden Intention. Dabei gaben 61 Prozent der Chefärzte aus der Orthopädie und 47 Prozent aus der Kardiologie an, dass in ihren Fachbereichen aufgrund ökonomischer Überlegungen zu viele Patienten behandelt würden. Damit liegen die beiden Anwendungsgebiete deutlich über dem Durchschnitt von 39 Prozent der Chefärzte, die eine ökonomisch bedingte Fallzahlerhöhung in ihrem Fachbereich sehen.[49]

Zudem argumentieren etwa die OECD oder die Europäische Kommission – seit Jahren als Kritiker des deutschen Gesundheitssystems bekannt –, dass die Versorgung mit chirurgischen Eingriffen in vielen Bereichen überproportional zu tatsächlichen Verbesserungen des Gesundheitszustands der Bevölkerung steige. So liegt Deutschland etwa in Bereichen wie der Lebenserwartung, der vermeidbaren Sterblichkeit oder auch der Anzahl der zu erwartenden gesunden Lebensjahre im Alter von 65 Jahren im internationalen Vergleich nur im Mittelfeld.[50]

So kommt es insgesamt zu dem nur scheinbar widersprüchlichen Befund der gleichzeitigen Über- wie Unterversorgung im Krankenhaussektor: Durch die (zu) große Anzahl der Krankenhäuser sind die Kosten des Gesamtsystems der stationären Versorgung in den vergangenen Jahren deutlich gestiegen. Gleichzeitig ist die Finanzierung der einzelnen Häuser nicht selten unzureichend: Die Leistungspauschalen gelten in der Grund- und Notfallversorgung als nicht auskömmlich. Zudem haben die Länder ihre Investitionsmittel deutlich zurückgefahren.

2.2.2.3. Personal

Die Kritik daran, dass das DRG-System einen Kostenwettbewerb ausgelöst habe, der zu geringerer Qualität und zu Personalengpässen führe, kumulierte im Bundestagswahlkampf 2017 in der Diskussion um schlechte Bedingungen in der Pflege. Konzentrierte sich dies vor allem auf die Altenpflege, gab es auch konkrete Auswirkungen auf den Bereich der Krankenpflege.

---

48 Wissenschaftlicher Beirat beim Bundesministerium der Finanzen (2018); OECD (2018).
49 Reifferscheid, Pomorin und Wasem (2015).
50 Vgl. u. a. OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2017).

Im Rahmen des Pflegepersonal-Stärkungsgesetzes sollen die Fallpauschalen ab dem Jahr 2020 um die Pflegekosten bereinigt werden. Diese Aufwendungen werden nach dem krankenhausindividuellen Pflegepersonalbedarf und den Personalkosten vergütet. Ziel ist es, dem Pflegebereich den Druck zur Kostensenkung zu nehmen und so mehr Pflegepersonal zu einer besseren Bezahlung anstellen zu können. Die deutsche Krankenhausgesellschaft begrüßt diesen Schritt, da er die Pflegesituation in den stationären Einrichtungen verbessern könne. Dagegen kritisiert der GKV-Spitzenverband die Neuregelung als Kostentreiber, dessen Qualitätspotenziale unklar seien.[51]

Aus gesundheitsökonomischer Sicht, so kritisieren Augurzky, Beivers und Pilny (2018), sei zudem zu berücksichtigen, dass die Reform ungewollte Auswirkungen auf die Investitionstätigkeit im Krankenhaussektor haben könnte. Wenn die Pflege nicht mehr nach ökonomischen Kriterien vergütet würde, könnte dies innovationshemmend auf Krankenhäuser wirken. So gibt es heute bereits technische Lösungen, etwa im Bereich des Robotik-Einsatzes in der Logistik, die die Personalintensität im Krankenhaus senken könnten. Der Einsatz solcher Möglichkeiten wird durch die neue Abrechnungsform weniger attraktiv.

Nicht zuletzt ist zu berücksichtigen, dass die Fokussierung auf das Pflegepersonal Unterschiede zwischen den Berufsgruppen im Gesundheitswesen verfestigt. Während das Gesetz explizit die Pflege aus der Fallpauschale herausnimmt, bleiben andere Berufsgruppen von diesen Änderungen unberührt. Ein Zusammenwachsen von Berufsgruppen wird dadurch erschwert.

Prof. Dr. med. Frank Ulrich Montgomery

Dem Gesundheitssystem stehen in der kommenden Dekade einschneidende Veränderungen bevor. Das System muss auf diese Veränderungen vorbereitet werden, es hätte eigentlich bereits in den vergangenen Jahren stärker vorbereitet werden müssen. Denn das deutsche Gesundheitssystem verfügt gegenwärtig über ausreichend Geld. So wäre es möglich gewesen, die Weichen für schwierigere Jahre zu stellen. In den vergangenen Jahren ist aber ein übliches politisches Phänomen zu beobachten gewesen: Wenn Geld üppig vorhanden ist, wird es für den Moment ausgegeben.

51 Ärzteblatt (2017).

Die Vorbereitung der nächsten Krise beginnt immer erst dann, wenn sie sich schon abzeichnet. Und eine schwierige Situation beginnt sich in der Tat aktuell abzuzeichnen: Die demografische Entwicklung und eine Eintrübung der seit Jahren boomenden Konjunktur werden die Finanzierungsbasis schwächen. Gleichzeitig gibt es in der medizinischen Forschung eine Wissensexplosion. Die Translation in die medizinische Versorgung wird in den kommenden Jahren zunehmend anstehen und zu mitunter sehr teuren Behandlungen führen.

Die Frage der Generationengerechtigkeit in der Gesundheitsfinanzierung ist noch ungelöst, hier wird es einen fundamentalen Umbau des Systems brauchen. Wenn die Gesundheitsausgaben wegen der Alterung der Bevölkerung weiter steigen und die Finanzierungsbasis nicht verbreitert wird, wird die Solidarität, auf der das System beruht, in Frage gestellt werden.

Eine Lösung dieses Problems könnte in einer teilweisen Kapitaldeckung des Systems liegen. Dadurch würde den Patienten mehr Verantwortung für ihre eigene Gesundheit übertragen, Überversorgungstendenzen, die es seit Jahren durch die weitgehende Trennung von Leistungserbringern, -empfängern und Finanzierern gibt, könnten abgebaut werden. Dem Vorschlag einer Kapitaldeckung im Gesundheitssystem ist häufig entgegnet worden, dass das System in einer Krise am Kapitalmarkt in Schieflage geraten könnte. Die Finanzkrise der Jahre 2008/09 hat allerdings gezeigt, dass die kapitalgedeckte Alterssicherung durch diese Situation nicht zusammengebrochen ist.

Die Eigenverantwortung der Patienten wird auch durch eine andere Entwicklung in den kommenden Jahren eine größere Rolle in Behandlungspfaden spielen, nämlich durch die Digitalisierung. Durch Wearables oder Apps werden Menschen in eine Situation versetzt, stärker zu ihren Behandlungserfolgen beizutragen und die Rolle des passiven Leistungsempfängers zu verlassen.

Schon heute sind die Möglichkeiten in diesem Bereich riesig: Mehr als 35.000 Apps mit Gesundheitsinhalten sind in den großen App-Stores zu finden. Was auf der einen Seite ein riesiges Potenzial birgt, bringt gleichzeitig Herausforderungen mit sich: Die Angebote sind heute weitgehend unreguliert. Neben sinnvollen Anwendungen sind auch eine Menge Angebote am Markt, die keinen sinnvollen Nutzen haben. Zudem werden viele dieser Anwendungen von etablierten Anbietern aus dem Medizinsektor, etwa Pharmakonzernen, angeboten. Hier gilt es zu hinterfragen, ob solche Apps eine objektive Patientenunterstützung bieten oder eher den Absatz der eigenen Produkte ankurbeln sollen.

Es ist zwingend geboten, solche Digitalanwendungen zukünftig in die Regulierung für Medizinprodukte einzuschließen. Dies fiele in den Aufgabenbereich des G-BA, der allerdings nicht auf diese Aufgabe vorbereitet ist. Die Prüfzyklen sind viel zu lang, um dem schnelllebigen Digitalmarkt zu genügen. Zudem fehlt es an Personal mit dem notwendigen technischen Hintergrund, Programmierer sind heute seltene und hochbezahlte Spezialisten. Eine umfassende Prüfung wäre, selbst wenn man die Fachkräfte finden könnte, mit riesigem Aufwand und Kosten verbunden – Geld, das in der Versorgung fehlen würde. Das „Fast Track"-Programm der US-Zulassungsbehörde FDA ist ein Ansatz, der in diese Richtung geht. Die Probleme und Diskussion der vergangenen Monate haben allerdings gezeigt, dass dies sicher noch keine einfach zu übernehmende Best-Practice-Lösung ist. Auch der Vorstoß von Gesundheitsminister Jens Spahn, innovative Ansätze am G-BA vorbei in den Markt zu bekommen, ist nach der vernichtenden Kritik um die Einführung von Liposuktionen als Kassenleistung nicht der Königsweg. Dafür fehlt dem Gesundheitsministerium die nötige wissenschaftliche Kompetenz. So steht die Regulierung vor einer Mammutaufgabe: Es ist vollkommen klar, dass es einer Regulierung bedarf, um das Potenzial digitaler Anwendungen zu heben und Patienten vor unseriösen oder für ihre Zwecke ungeeigneten Angeboten zu schützen. Wie dies funktionieren kann, ist allerdings kaum abzusehen.

Selbst, wenn man eine Reihe „guter" Anwendungen zertifizieren kann, sollten Patienten damit nicht allein gelassen werden. Es gilt, Patienten eine „health literacy" zukommen zu lassen, um mit solchen Apps auch umgehen zu können. Viele ältere Menschen mit chronischen Krankheiten, für die es sinnvolle Anwendungen gibt, sind heute weitgehend unerfahren im Umgang mit digitalen Tools. Einen Nutzen können sie aber nur entfalten, wenn Patienten erklärt wird, wie sie damit umzugehen haben.

Gelingt es, diese Herausforderungen zu meistern, können Behandlungen effizienter und besser werden. Die Rolle der Ärzte wird sich dadurch deutlich verändern: Sie werden zunehmend zu Mitwirkern und Entscheidern in einem kooperativen Behandlungsprozess.

Dies zeigt sich auch in Ansätzen zur Überwindung schon heute bestehender Fachkräfteengpässe in der medizinischen Versorgung: Gerade im ländlichen Raum ist heute längst nicht mehr in jedem Ort ein Spezialist für jedes Fachgebiet vorhanden. Solche Spezialisten sammeln sich zunehmend in größeren Versorgungszentren. Selbst die Versorgung mit Allgemeinmedizinern wird in kleineren Orten mit zurückgehenden Bevölkerungszahlen zukünftig nicht mehr immer garantiert werden können. Die Digitalisierung kann dabei helfen, die Menschen vor Ort zu

unterstützen und häufige, lange Anfahrtswege zu vermeiden: Medizinische Fachkräfte können etwa vor Ort mit weitreichenderen Kompetenzen ausgestattet und in Zusammenarbeit mit einem behandelnden Arzt, der weiterhin die höchste Instanz des Verfahrens bleibt, über Telemonitoring und -konsultation eingebunden werden. So kommt es zu einer sinnvollen Kombination aus persönlicher und digitaler Therapie.

In diesem Bereich gilt es allerdings auch, eine ehrlichere Kommunikation mit der Bevölkerung in Gebieten mit sinkenden Einwohnerzahlen und einer zurückgehenden Infrastruktur zu pflegen: Die Situation einer regional zurückgehenden medizinischen Infrastruktur wird sich nicht zurückdrehen lassen, sondern umgekehrt in den kommenden Jahren weiter anhalten. Die Menschen sollten darauf vorbereitet werden.

Grundlage dieser Ausführungen ist ein Interview der Autoren mit Prof. Dr. med. Frank Ulrich Montgomery.

Prof. Dr. med. Montgomery ist Präsident der Bundesärztekammer, der Spitzenorganisation der medizinischen Selbstversorgung. Prof. Montgomery ist Facharzt für Radiologie und steht der Bundesärztekammer seit 2011 als Präsident vor. Zuvor war er Vizepräsident der Organisation und 18 Jahre lang Präsident der Marburger Bundes. Seit 2019 ist Prof. Montgomery zudem Präsident des Ständigen Ausschusses der Ärzte der Europäischen Union.

2.3. DIE AMBULANTE VERSORGUNG

2.3.1. Fakten zur ambulanten ärztlichen Vergütung

An der vertragsärztlichen ambulanten Versorgung in Deutschland nahmen am Ende des Jahres 2017 laut Arztregister der Kassenärztlichen Bundesvereinigung 172.647 Ärzte und Psychotherapeuten teil. Nach der amtlichen Statistik hat die Gesetzliche Krankenversicherung im Jahr 2017 für die ambulante ärztliche Versorgung 38,1 Milliarden Euro bereitgestellt.

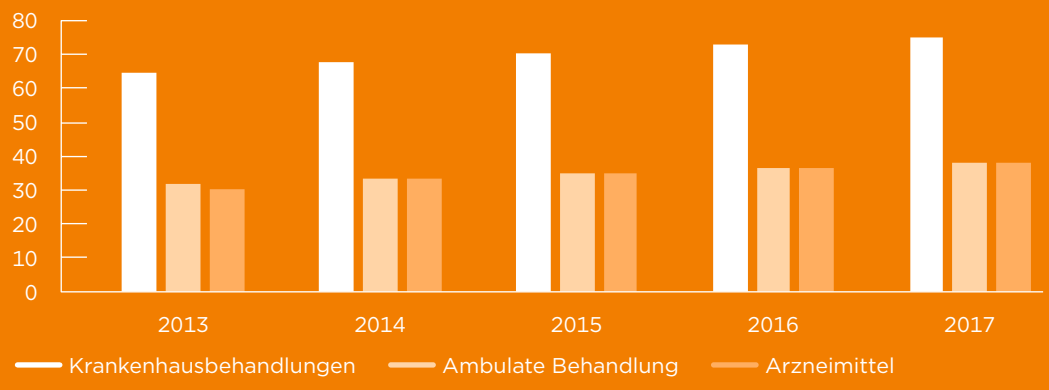
2.3.2. Vergütung von Leistungen

Das deutsche Gesundheitssystem ist dezentral und als Selbstverwaltung organisiert. Im Rahmen dessen wird auch die Vergütung der erbrachten Leistungen vom G-BA geregelt. Dabei entscheidet der G-BA beispielsweise darüber, welche Gesundheitsleistungen in welchem Ausmaß von den gesetzlichen Krankenkassen vergütet werden.

Abbildung 16
Entwicklung der GKV-Ausgaben im Gesundheitswesen

113

Mrd. €
wurden 2017 von den GKV für stationäre und ambulante Behandlungen ausgegeben



Quelle: Statistisches Bundesamt

Die Ärzte im Bereich der ambulanten Versorgung agieren häufig an Schnittstellen zu vielen weiteren Akteuren des Gesundheitswesens. Aus diesem Grund gewinnen zunehmend Netzwerke von verschiedenen (Fach-)Ärzten, Praxisgemeinschaften oder Gemeinschaftspraxen sowie Medizinische Versorgungszentren (MVZ), in denen Ärzte gleicher oder unterschiedlicher Fachrichtungen unter einem Dach zusammenarbeiten, an Bedeutung. Die einzelne Arztpraxis steht damit seltener im Zentrum der ambulanten Versorgung. Insgesamt führt all dies dazu, dass Sektorengrenzen bei der Versorgung an Bedeutung verlieren, Grenzen, die bislang eine effiziente Koordination der Patienten und damit eine bessere Organisation des gesamten Gesundheitssystems behindern.[52]

Grundlage für die Erbringung und Abrechnung dieser vertragsärztlichen Leistungen ist der sogenannte einheitliche Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen (EBM). Das im EBM aufgeführte Leistungsspektrum wird von den gesetzlichen Krankenkassen abgedeckt und finanziert. Angeboten werden Leistungen, die vom G-BA sowohl in Bezug auf den diagnostischen oder therapeutischen Nutzen als auch hinsichtlich der Wirtschaftlichkeit und medizinischen Notwendigkeit positiv evaluiert wurden. Eine Leistung, die sich nicht im EBM findet, darf nicht zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung abgerechnet werden.

DEFINITION: MORBIDITÄT

Morbidität ist die statistische Kennziffer, die die Krankheitshäufigkeit, bezogen auf eine bestimmte Bevölkerungsgruppe, ausdrückt. Die Morbidität hat seit dem Jahr 2009 einen Einfluss auf die Zahlungen der gesetzlichen Krankenkassen an die Kassenärztlichen Vereinigungen.

Quelle: Kassenärztliche Bundesvereinigung

Die Frage nach dem Umfang des Leistungskatalogs ist vieldiskutiert. Zuletzt gab es eine Debatte um den Vorstoß des Bundesgesundheitsministers, einzelne Behandlungen per Verordnung in den Leistungskatalog der GKV aufzunehmen.

Dieser Vorschlag, am Beispiel der Liposuktion zur Behandlung eines Lipödems vorgetragen, wurde sowohl von den Organen der Selbstverwaltung als auch aus der Politik scharf kritisiert[53], da es sich um einen Angriff auf die Selbstverwaltung handelte.

52 Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2012).
53 Grill und Kempmann (2019).

Gleichwohl ist die Intention von Gesundheitsminister Jens Spahn (CDU) ökonomisch nachvollziehbar: Der G-BA hat oft sehr lange Prüfzyklen, die flächendeckende Einführung neuer Ansätze wird dadurch mitunter deutlich verzögert. „Innovationen im Gesundheitssystem können sich immer erst dann durchsetzen, wenn diese auch vergütet werden. Dafür ist es nötig, dass Anwendungen in den Leistungskatalog der Krankenversicherer aufgenommen werden. Bei dieser Transmission gibt es allerdings zum Teil große Hürden“, sagt Ansgar Wübker vom RWI Essen. Nicht zuletzt bei der Einführung digitaler Anwendungen, die nicht selten in schnelllebigen Entwicklungs- und Kommerzialisierungszyklen geplant werden, prallen mit der Entwicklungsrealität der Anbieter und den Prüfzyklen der Selbstverwaltung mitunter Welten aufeinander. In den USA gibt es das „Fast Track“-Zulassungsverfahren, um Zulassungen zu beschleunigen. Allerdings steht dieses aufgrund einer potenziell mangelnden Sorgfältigkeit regelmäßig in der Kritik.[54]

Eine optimale Lösung bewegt sich im Spannungsfeld von Sorgfalt und Geschwindigkeit. Ein Ansatz ist der Innovationsfonds, der im Zuge des GKV-Versorgungsstärkungsgesetzes (GKV-VSG) geschaffen wurde. Aus dem Fonds sollen Konzeption, Pilotierung und Evaluation neuer Versorgungskonzepte gefördert werden, um zügig eine valide Evidenzbasis für die Überführung in den EBM zu schaffen.

Zusätzlich zur allgemeinen vertragsärztlichen Versorgung bestehen in Deutschland noch weitere spezielle Versorgungs- und damit Abrechnungsmöglichkeiten wie beispielsweise die hausarztzentrierte Versorgung oder Verträge zur integrierten Versorgung (IV-Verträge). Die gesetzlichen Krankenkassen können diese besonderen Versorgungsformen ihren Versicherten nach § 53 Absatz 3 SGB V als Wahlmöglichkeit anbieten.[55] Durch die Einführung von IV-Verträgen wurde unter anderem versucht, die bereits erwähnte Schnittstellenproblematik zwischen den einzelnen Sektoren abzumildern.

EXKURS: VERTRÄGE ZUR INTEGRIERTEN VERSORGUNG (IV-VERTRÄGE)

Bei der integrierten Versorgung werden vertragsärztliche Leistungsverpflichtungen – entgegen der allgemeinen vertragsärztlichen Regelversorgung – außerhalb des Sicherstellungsauftrags der Kassenärztlichen Vereinigungen über Einzelverträge zwischen den Vertragspartnern in der Regel direkt erfüllt. Grundlage hierfür ist das GKV-Gesundheitsreformgesetz aus dem Jahr 2000. Die gesetzlichen Krankenkassen sind, anders als bei der hausarztzentrierten Versorgung, nicht verpflichtet, Verträge zur integrierten Versorgung abzuschließen.[56]

54 Feldwisch-Drentrup (2016).
55 Vgl. §§ 140c und 140d SGB V.
56 Vgl. Wille (2013).

Die Patienten werden bei der integrierten Versorgung in interdisziplinär, fach- und sektorenübergreifend vernetzten Strukturen durch unterschiedliche Leistungserbringer versorgt. Dabei kooperieren Ärzte, Krankenhäuser und Rehabilitationseinrichtungen miteinander, um die Versorgung zu verbessern und um Kosten zu sparen. Die gesetzlichen Krankenkassen schließen dazu für ihre Versicherten individuell Verträge mit den jeweiligen Praxen und Einrichtungen ab. Der Umfang der Versorgung geht oftmals über die Regelleistungen des Gesundheitssystems hinaus, indem die Kassen freiwillig zusätzliche Leistungen als Anreiz anbieten. Eine integrierte Versorgung bietet sich vor allem bei komplexen Behandlungsprozessen an, bei denen mehrere Leistungserbringer beteiligt sind.

Die Vorteile der integrierten Versorgung bestehen in der Vermeidung von Mehrfachuntersuchungen, verkürzten Warte- und Behandlungszeiten für Patienten und der Vermeidung von Folgeerkrankungen durch standardisierte Nachuntersuchungen.

Das Gegenstück zum EBM für gesetzlich Krankenversicherte ist die Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) für Privatversicherte. Darin ist für jede individuelle Leistung eine entsprechende Gebührennummer festgelegt, nach der die jeweilige Leistung abgerechnet werden kann. Abhängig vom Behandlungsaufwand kann der Arzt bis zum 3,5-fachen GOÄ-Satz abrechnen.

Dies führt zu einer Diskussion, ob eine Quersubventionierung der vergleichsweise schlecht vergüteten Kassenleistungen durch hoch vergütete Privatleistungen besteht.[57] Vertreter dieser Theorie argumentieren, dass der ökonomische Erfolg einer Klinik oder Praxis und damit auch ihr Spielraum für Investitionen in fortschrittliche Technologie stark von der Versorgung von Privatpatienten abhänge. Durch die fehlende Deckelung käme es zudem zu einer Überversorgung.[58]

Auch wenn die empirische Evidenz hinsichtlich einer Quersubventionierung nicht eindeutig ist, muss das Thema bei einer Weiterentwicklung des Systems (siehe Seite 81 und Kapitel 4) zwingend berücksichtigt werden. Konkret muss bei der Prognose von Finanzierungsbedarfen auch die Anreizsetzung für Leistungserbringer bedacht werden.

57 Für eine ausführliche Diskussion siehe Wissenschaftliche Dienste des Deutschen Bundestages (2018a).
58 Breyer (2012).

Dr. Martin Albrecht

Der Anteil der Gesundheitskosten an der Wirtschaftsleistung steigt in Deutschland im Trend, und das vor allem aus zwei Gründen: Die Bevölkerung altert, und der medizinische Fortschritt führt zu neuen, oft sehr teuren Innovationen. Die Finanzierung des deutschen Gesundheitssystems ist stark lohnkonzentriert, die Beiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung bemessen sich überwiegend an den Löhnen und Gehältern ihrer Mitglieder. Mittelfristig ist ungewiss, ob Deutschland seine hohe Erwerbstätigkeit von derzeit rund 45 Millionen Menschen wird aufrechterhalten können. Sinkende Erwerbstätigenzahlen könnten dazu führen, dass die Summe der beitragspflichtigen Einnahmen sinkt – und damit bei unverändertem Beitragssatz die Einnahmen der Krankenkassen ebenfalls sinken würden.

Der nun schon etwa ein Jahrzehnt anhaltende, sehr beschäftigungsintensive Aufschwung hat den finanziellen Druck auf das System gemindert. Gleichwohl dürften, wenn der Aufschwung einmal vorbei sein sollte, neue Finanzierungsdefizite im System unausweichlich sein. Finanzielle Engpässe bieten jedoch auch eine Chance, weil der Druck, Effizienzpotenziale zu heben, größer wird. In den vergangenen Dekaden war Deutschland recht erfolgreich darin, den Anstieg der Gesundheitsausgaben in Grenzen zu halten, ohne das Gesundheitswesen hierdurch vom medizinischen Fortschritt abzukoppeln. Insbesondere im Arzneimittelbereich wurden relativ schnell wirksame Maßnahmen zur Ausgabendämpfung ergriffen. Weitreichende Veränderungen brachte in diesem Zusammenhang das Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz (AMNOG) aus dem Jahr 2011. Demnach soll sich der Preis neuer Medikamente an ihrem Zusatznutzen im Vergleich zu bereits auf dem Markt befindlichen Therapien orientieren. Die Klagen über „Me too“-Arzneimittel (Scheininnovationen) haben seitdem stark nachgelassen.

Sobald wieder Finanzierungsdefizite im Gesundheitssystem auftauchen, dürften vermutlich auch Selbstbeteiligungsmodelle wieder in die Diskussion kommen. Aus heutiger Sicht war es sicher ein Fehler, die Praxisgebühr abzuschaffen, anstatt sie umzugestalten. Selbstbeteiligungen – nicht nur bei Verordnungen, sondern mit Steuerungswirkung bei der primären Leistungsinanspruchnahme – sind ein potenziell starkes Lenkungsinstrument, auf das in finanziell angespannten Zeiten kaum verzichtet werden kann.

Effizienzpotenziale gibt es sowohl in der ambulanten, als auch in der stationären Versorgung. Wesentliche Probleme im Versorgungsmanagement gibt es vor allem an den Schnittstellen – sie betreffen aber bei weitem nicht alle Patienten. Bei der Versorgung von Menschen mit Mehrfach- und/oder chronischen Erkrankungen, für die verschiedene Fachrichtungen und Leistungsbereiche zu koordinieren sind, zeigen sich aber häufig Defizite. Eine effiziente Steuerung der Versorgung dieser

Patienten erfordert neue Organisations- und Vergütungsformen. Die bisherigen Möglichkeiten, die für Krankenkassen geschaffen wurden, im Rahmen selektiver Verträge solche neuen Versorgungsstrukturen zu entwickeln, wurden bislang nur sehr begrenzt genutzt. Die Voraussetzungen und (finanziellen) Anreize zu schaffen, dass der Krankenkassenwettbewerb zu mehr und besseren neuen Versorgungsformen führt, ist eine der großen Herausforderungen für die Gesundheitspolitik – die gegenwärtig aber kaum angenommen wird.

In schrumpfenden und ländlichen Regionen besteht die größte Herausforderung für die Zukunft darin, den Zugang zur Versorgung aufrechtzuerhalten. Der Ausbau der Telemedizin ist hier ein wesentlicher Ansatz, um bei knappen Personalressourcen und in wirtschaftlich vertretbarer Weise den flächendeckenden Zugang zur Versorgung zu gewährleisten. Wäre es gleichzeitig möglich, dass Pflegekräfte auch einfache medizinische Leistungen eigenständig verrichten können, wäre dies ein weiterer wichtiger Baustein. Ergänzt werden müsste dies durch einen Ausbau von Rettungsdienstkapazitäten in solchen Regionen, in denen unwirtschaftliche Krankenhäuser geschlossen werden.

Schon heute hat Deutschland zu viele und zu kleine Krankenhäuser, die wenig spezialisiert sind und oftmals Qualitätsvorgaben nicht erfüllen können. In der stationären Versorgung ist daher nicht nur aus Gründen der Effizienz und Wirtschaftlichkeit, sondern auch aus Gründen der Versorgungsqualität und Patientensicherheit eine grundlegende Veränderung der Angebotsstrukturen notwendig. Dieser Strukturwandel wird voraussichtlich zu einer stärkeren – regionalen und lokalen – Konzentration der stationären Versorgung an größeren Standorten und/oder hochspezialisierten Einrichtungen führen. Aus Sicht der Patienten hätte dies allerdings den Nachteil, dass die Krankenhausversorgung weniger wohnortnah wäre, vor allem in kleineren Städten und ländlichen Regionen, und die Wege unter Umständen weiter würden. Nicht nur deshalb, sondern auch, weil Krankenhäuser immer auch ein lokaler Wirtschaftsfaktor und Arbeitgeber sind, ist die Schließung von Krankenhäusern kommunal- und landespolitisch stets heikel. Eine durchgreifende Reform der Krankenhausplanung und -finanzierung ist daher so schnell nicht zu erreichen.

Die Digitalisierung kann zu Kostensenkungen im System führen, beispielsweise, wenn durch telemedizinische Abklärungen eine unnötige Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen in Arztpraxen oder Notaufnahmen der Krankenhäuser vermieden werden kann. Die Kostenträger befürchten auf der anderen Seite aber auch, dass zusätzliche digitale Angebote auch zusätzliche Nachfrage schaffen, was wiederum ausgabenerhöhend wirkt. Aus diesem Grund haben die Krankenkassen wenig Interesse daran, neue digitale Angebote ohne Effizienznachweis zu finanzieren – der aber bei neuartigen Angeboten und lernenden Systemen oft nicht leicht zu erbringen ist.

Die Digitalisierung ermöglicht eine schnellere und bessere Kommunikation der verschiedenen Gesundheitsdienstleister. Der digitalen Kommunikation kann es

dabei problemlos gelingen, eine Vielzahl von Sektorengrenzen – zwischen Arztpraxen, Kliniken, Pflege, Rehabilitation, Sozialdiensten – effektiv zu überwinden. Elektronische Patientenakten, die einrichtungsübergreifend genutzt werden können, erleichtern die Versorgung chronisch und mehrfach Erkrankter (z. B. im Hinblick auf Nebenwirkungen bei Polymedikation). Eine große Herausforderung hierbei ist es, die Entstehung von „Datenfriedhöfen“ zu vermeiden. Deshalb ist es wichtig, die erhobenen Daten zu strukturieren, auszuwerten und auf das Wesentliche zu komprimieren. Zudem müssen Haftungsfragen geregelt werden, etwa für den Fall, dass Daten unvollständig sind, vorhandene Daten nicht genutzt oder fehlinterpretiert wurden.

Die wesentliche Chance des medizinischen Fortschritts besteht darin, dass mit kausalen Therapien Gendefekte repariert werden können, Krankheiten künftig also wirklich geheilt und nicht nur ihr Verlauf bzw. ihre Folgen gelindert werden können. Schwer kranke Menschen werden wieder gesund, bestimmte Krankheiten könnten gänzlich verschwinden. Erste dieser völlig neuartigen Gentherapien sind bereits zugelassen, weitere dürften in den kommenden Jahren folgen. Diese sind jedoch sehr teuer. Noch sind die in Frage kommenden Patientengruppen relativ klein, weil sich die neuen Therapien auf monogene Erbkrankheiten konzentrieren. Können mit zunehmenden Fortschritten zukünftig aber größere Patientenpopulationen von „heilenden“ Therapien profitieren, dürfte dies das Gesundheitssystem an den Rand seiner finanziellen Belastungsgrenze bringen.

Angesichts dieser Entwicklungen muss die Bepreisung neuer Medikamente nach ihrem Zusatznutzen weiterentwickelt werden. Wie bemisst man den Nutzen, dass ein heute unheilbar bzw. chronisch Kranker womöglich wieder ganz gesund wird? Darüber hinaus sollte die Preisbildung mehr (nachträgliche) Anpassungsmöglichkeiten vorsehen, etwa abhängig von der Absatzentwicklung sowie von dem Erkenntnisfortschritt zur Wirksamkeit. Alternative Preis- bzw. Finanzierungsmodelle sind auch für Antibiotika notwendig, bei denen es darauf ankommt, dass sie möglichst sparsam eingesetzt werden, um Resistenzbildungen zu vermeiden. Ein weiteres Problem der heutigen Nutzenbewertung ist, dass objektiv messbare Größen wie „durchschnittliche Lebensverlängerung“ sehr stark gewichtet werden. Höhere Lebensqualität eines chronisch Kranken ist jedoch schwieriger objektiv zu messen und fließt daher bislang nicht ein. Dies kann unter Umständen dazu führen, dass die Pharmaindustrie mehr in die Erforschung von Krebsmedikamenten investiert und weniger in die Entwicklung von Arzneimitteln für Volkskrankheiten wie Asthma und Diabetes.

Grundlage dieser Ausführungen ist ein Interview der Autoren mit Martin Albrecht.

Herr Albrecht ist Geschäftsführer des IGES Instituts, einem unabhängigen Forschungs- und Beratungsinstitut für Infrastruktur- und Gesundheitsfragen in Berlin.

2.3.3. Unterschiede zur stationären Vergütung

Die vertragsärztliche Vergütung und die Krankenhausvergütung unterscheiden sich erheblich nach Art und Höhe. Während aufgrund der dualen Finanzierung der Kliniken die Krankenkassen bei stationären Behandlungen nur die laufenden Kosten tragen, wird bei der Abrechnung ambulanter Leistungen stets ein anteiliger Investitionsaufwand implizit in der Kalkulation der Werte des EBM berücksichtigt.[59] Die Finanzierung erfolgt im ambulanten Bereich also monistisch und nicht dual.

Die Unterschiede der Vergütungssysteme des ambulanten und stationären Bereichs verhindern einen fairen, sektorenübergreifenden Wettbewerb.[60] Neue Versorgungsformen werden dazu genutzt, Vergütungsdifferenzen auszunutzen, anstatt die Behandlungsqualität und -effizienz zu verbessern.

Die Vergütung durch Fallpauschalen im stationären Bereich ist unter Berücksichtigung gleichartiger Leistungen höher als die Vergütung dieser Leistungen in der ambulanten Versorgung. Ein wesentlicher Grund für diese höhere Vergütung liegt in der notwendigen Vorhaltung von Kapazitäten im stationären Bereich und dem damit verbundenen höheren Anteil an Gemeinkosten. Krankenhäuser müssen längere Aufenthalte von Patienten möglich machen und eine Ausstattung vorhalten, die die Behandlung von schweren (Not-)Fällen ermöglicht. Zudem muss Personal mit einem breiten Fachspektrum rund um die Uhr verfügbar gehalten werden.[61]

59 Albrecht und Al-Abadi (2018).
60 Albrecht und Al-Abadi (2018).
61 Albrecht und Al-Abadi (2018).

Die getrennten Budgets für ambulante und stationäre Leistungen können zu erheblichen Widerständen gegen neue, ggf. sogar kostengünstigere Behandlungsmethoden führen. Kann mit dieser neuen Methode eine bestimmte OP künftig ambulant durchgeführt werden, kommt dies einer Budgetkürzung für die Klinken gleich. Aus diesem Grund behindern sektorale Budgets eine systemoptimale Integration der Behandlungsprozesse.[62]

Zudem existiert derzeit keine explizite, umfassende und aufeinander abgestimmte Planung der (regionalen) Versorgungskapazitäten im ambulanten und stationären Behandlungsbereich.[63] Die mit dem GKV-Versorgungsstrukturgesetzes in den Bundesländern eingeführten gemeinsamen Landesgremien können hinsichtlich der Kapazitätsplanung nur Empfehlungen aussprechen, die Umsetzung aber nicht realisieren.

2.3.4. Die Steuerung von Patientenwegen

Patienten gezielt zur für sie richtigen Anlaufstelle zu steuern, kann die Effizienz eines Gesundheitssystems maßgeblich verbessern. Unnötige Wartezeiten, Fehl- und Doppelbehandlungen und damit Kosten können reduziert und die Zufriedenheit der Patienten gesteigert werden. Viele Fehlentwicklungen basieren letztlich auf einer falschen Patientensteuerung.

Die Patientensteuerung berührt nahezu alle Ebenen, auf denen sich in der deutschen Gesundheitsversorgung Probleme zeigen oder in den kommenden Jahren zeigen werden:

- **Die Kosten des Gesundheitssystems in Deutschland sind im internationalen Vergleich hoch. Dies ist nicht nur Ausdruck der guten Versorgungsqualität, sondern auch durch medizinisch nicht notwendige Leistungen, Mehrfachleistungen sowie eine zu große Nachfrage verursacht.**

- **Die Auslastung des Systems: An einigen Stellen des Systems, etwa der stationären Notfallversorgung sowie bei Fachärzten, kommt es aufgrund einer großen Nachfrage zu langen Wartezeiten und Überlastungen der Versorger.**

- **Die individuelle Patientenversorgung wird durch Mehrfachuntersuchungen und behandlungen, nicht aufeinander abgestimmte Behandlungspfade und nicht zuletzt lange Wartezeiten beeinträchtigt.**

Das Problem der Steuerung in Deutschland beginnt beim dualen System der stationären und ambulanten Versorgung. Beide Versorgungsstränge überschneiden sich an vielen Stellen, werden aber doch organisatorisch – nicht zuletzt bei der Vergütung – getrennt voneinander behandelt. Ein klarer, interprofessioneller Austausch ist in diesem System bisher kaum vorgesehen.

---

62 Wissenschaftliche Dienste des Deutschen Bundestages (2007).
63 Albrecht und Al-Abadi (2018).

Mit dem Entlassungsmanagement der Krankenhäuser, das die Übergabe von Patienten aus der akutstationären Versorgung in die Pflege, Rehabilitation oder ambulante Versorgung organisiert, gibt es einen Ansatz, zumindest einen Anknüpfungspunkt passgenau zu gestalten. Mehr als zwei Drittel der Krankenhäuser berichten, dass sie spezialisierte Abteilungen und Mitarbeiter für das Entlassungsmanagement beschäftigen. Ein signifikanter Anteil der Patienten aber berichtet, benötigte Unterstützung nicht oder nicht ausreichend zu erhalten.[64] Hier gibt es also Potenzial, das Entlassungsmanagement der stationären Versorger noch patientenzentrierter zu gestalten. Auch hier gilt es aber, einen Standard zu klären.

Mit dem Anfang der 2000er Jahre eingeführten Modell des Case Managers gibt es bereits ein klares Rollenbild für eine solche Tätigkeit an der Schnittstelle der Leistungserbringer und Patienten. Case Manager können dabei als Dienstleister außerhalb der klassischen Strukturen operieren und haben den Rundumblick auf die Versorgung eines Patienten. Eine hohe Verbreitung hat dieses Modell aber bisher nicht erfahren.

Bereits weit verbreitet ist das Managed-Care-Modell mit dem Hausarzt im Zentrum. Dabei fungiert der Hausarzt als Gatekeeper: der Erstkontakt eines Therapiewegs ist immer der Hausarzt, der dann zu Fachärzten oder stationären Einrichtungen überweisen kann. Viele gesetzliche Krankenkassen bieten ein solches Modell auf freiwilliger Basis, unterstützt etwa durch Rückzahlungen, an.

Dieses Modell bietet Potenzial, das System insgesamt zu entlasten, wenn medizinisch nicht intendierte Facharztbesuche unterlassen werden. Kosten können gesenkt, Wartezeiten verringert und Mehrfachuntersuchungen vermieden werden.

2.3.5. Regionale Unterschiede

Die medizinische Versorgung des ländlichen Raums steckt in einem Spannungsfeld.

Auf der einen Seite muss eine flächendeckende Versorgung der Bevölkerung gewährleistet sein. Auf der anderen Seite sollte die Versorgung im Interesse einer Spezialisierung zentralisiert werden, um die Leistungsfähigkeit des Systems zu erhöhen.

In Deutschland gibt es einen anhaltenden Trend zur Urbanisierung. Während die Bevölkerung in den Metropolen kontinuierlich wächst, müssen strukturschwache Regionen sich auf stagnierende oder gar deutlich sinkende Bevölkerungszahlen einstellen. Vor allem Jüngere werden auch in Zukunft aufgrund besserer Arbeitsmarktchancen und eines höheren Freizeitangebots in die Ballungsräume ziehen. So kommt es in ländlichen Gebieten neben einem Rückgang der Bevölkerung auch zu einer Beschleunigung des

64 Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2018).

Alterungsprozesses, verbunden mit einer Schwächung der regionalen ökonomischen Infrastruktur.

Im Bereich niedergelassener Ärzte ist bereits eine deutliche Tendenz zu erkennen, dass sich diese Entwicklung auf die Versorgung auswirkt: Vertragsarztsitze in Metropolen haben zunehmend an Attraktivität gewonnen, sodass es heute einen veritablen Markt für die Übernahme von Praxen in begehrten Gebieten gibt.[65] Gleichzeitig fällt die Besetzung von Arztsitzen in ländlichen Regionen häufig schwer. [66] Dieser Trend wird sich in den kommenden Jahren noch verschärfen.

Laut Krankenhausatlas der Statistischen Ämter des Bundes und der Länder können rund 90 Prozent der Bevölkerung in urbanen Gebieten innerhalb von 15 Minuten ein Krankenhaus mit Basisversorgung erreichen, in ländlichen Regionen gilt dies nur für 64 Prozent der Bevölkerung.[67] Ansätze einer regionalen Spaltung sind also durchaus schon zu erkennen.

Bei der Beurteilung gilt es allerdings auch, die Rolle stationärer und ambulanter Versorgung zu hinterfragen. Einen optimalen Schlüssel der Klinikverteilung gibt es nicht, auch keine optimale Entfernung zur nächsten stationären Einrichtung. Viele Aufgaben der Basisversorgung in Kliniken können auch ambulant geleistet werden. Die entscheidende Frage ist daher weniger die Entfernung zu einer Klinik als vielmehr die Erreichbarkeit bestimmter Versorgungsleistungen.

65 Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2018).
66 Vgl. u. a. Richter (2018).
67 Destatis (2019b); https://krankenhausatlas.statistikportal.de/

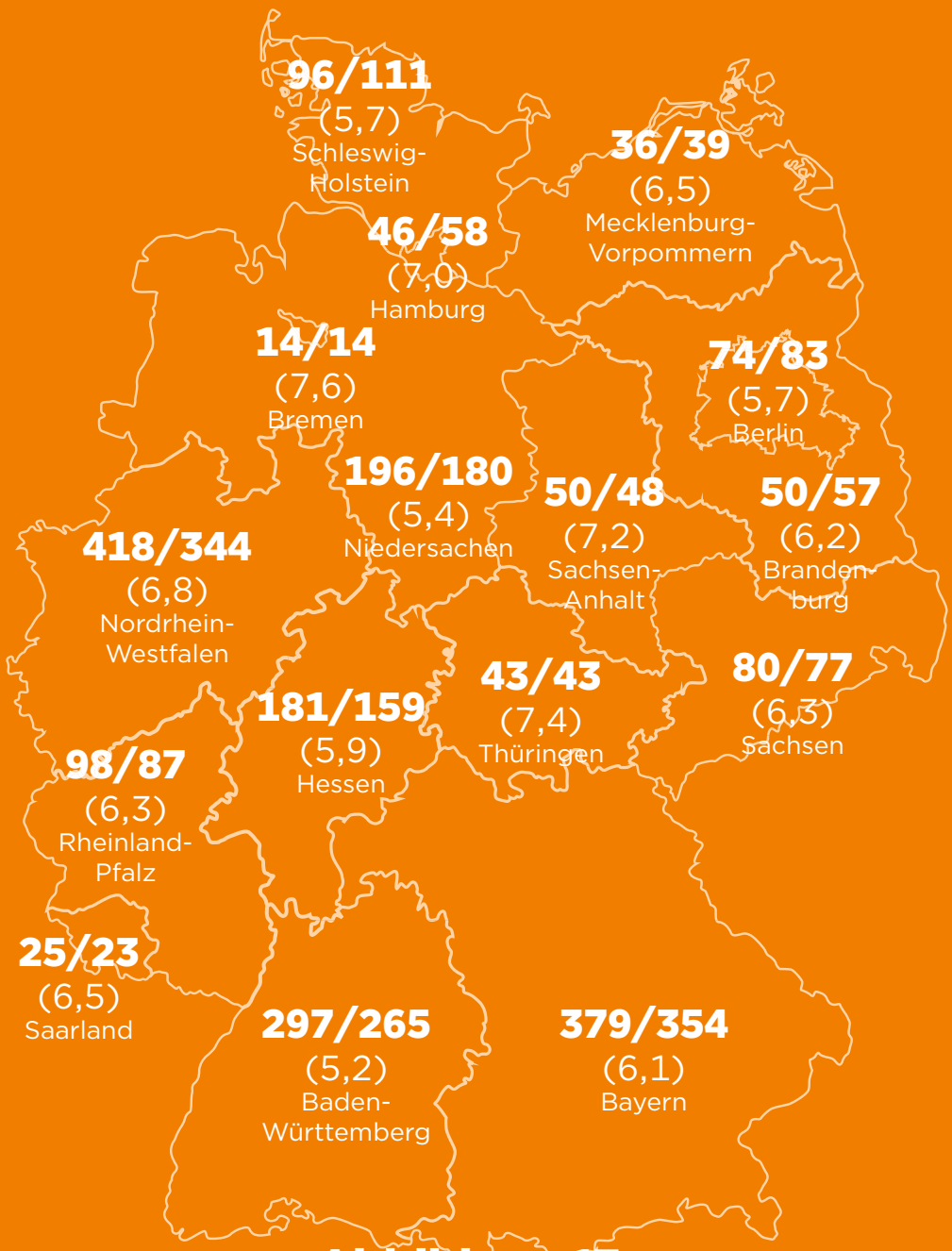


Abbildung 17:
Anzahl Krankenhäuser nach Bundesland
Vergleich 2008/2017
(Bettendichte je Einwohner 2015)

Quelle: Statistisches Bundesamt

In ländlichen Gebieten besteht ein steigender wirtschaftlicher Druck auf die Häuser.[68] Zudem lässt sich eine hochwertige medizinische Versorgungsqualität schwieriger garantieren. Bei sinkenden Patientenzahlen fallen die Fixkosten stark ins Gewicht, Mindestmengen werden schwieriger erreicht, und Investitionen in den Bestand und moderne Medizintechnik sind nur unter großen Mühen zu finanzieren.

Medizinische Versorgungszentren sind eine Option, über die sich die Probleme in der ländlichen Versorgung verringern lassen. Solche Zentren ermöglichen die Bündelung ärztlicher Leistungen und damit eine Senkung der Fixkosten im Vergleich zu Einzelpraxen. Außerdem können diese Zentren ambulante Leistungen bieten, die heute häufig stationär durchgeführt werden. So lassen sich Angebote schaffen, die eine flächendeckende Versorgung im ländlichen Raum mit allgemein- wie fachärztlichen Diensten sicherstellen, zugleich können Krankenhausstrukturen abgebaut und Kostenvorteile realisiert werden.

EXKURS: MEDIZINISCHE VERSORGUNGSZENTREN

„Medizinische Versorgungszentren sind ärztlich geleitete Einrichtungen, in denen Ärzte, die in das Arztregister nach Absatz 2 Satz 3 eingetragen sind, als Angestellte oder Vertragsärzte tätig sind.“[69]

Medizinische Versorgungszentren (MVZ) wurden im Zuge der Gesundheitsreform von 2003 in Deutschland etabliert. Sie erbringen vertragsärztliche Leistungen. Diese Form der Leistungserbringung wurde geschaffen, um Patienten eine umfangreiche Versorgung aus einer Hand zu ermöglichen und somit als Bindeglied zwischen der stationären und ambulanten Pflege zu fungieren. Zudem soll sie Ärzten eine attraktive Beschäftigungsalternative zur Selbstständigkeit im ambulanten Sektor bieten.

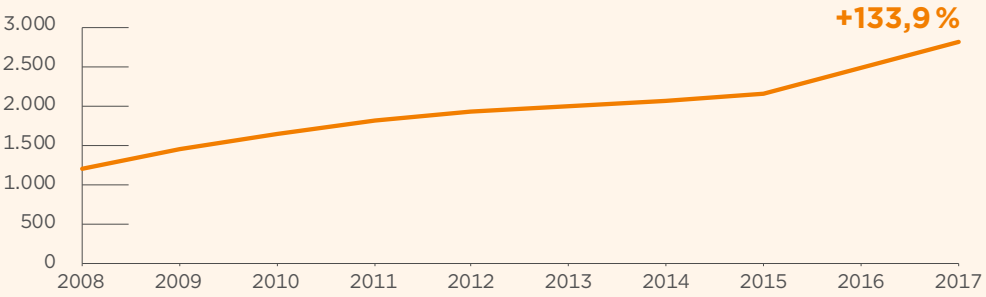
Das Konzept wurde auch binnen kurzer Zeit weitläufig etabliert. Im Jahr 2008, fünf Jahre nach der rechtlichen Etablierung der MVZ, gab es bereits mehr als 1.200 Einrichtungen in Deutschland. In den zehn folgenden Jahren ist diese Anzahl um mehr als 130 Prozent weitergewachsen, 2.821 MVZ gab es im Jahr 2017 in Deutschland.

MVZ werden in verschiedener Trägerschaft angeboten. Der Großteil der MVZ in Deutschland ist in vertragsärztlicher Trägerschaft (43 Prozent), ein vergleichbar großer Block (40 Prozent) wird von Krankenhäusern getragen; andere Formen der Trägerschaft sind mit einem Anteil von 17 Prozent noch eher ein Sonderfall.

68 BDO (2014); RWI (2017).
69 § 95 SGB V.

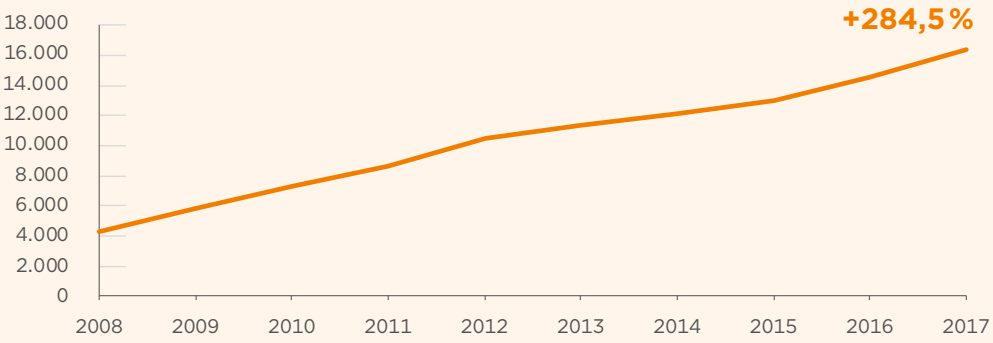
Bei Ärzten hat diese neue Möglichkeit der Anstellung in der ambulanten Versorgung in den vergangenen Jahren großen Anklang gefunden: Knapp 16.500 Ärzte waren im Jahr 2017 in MVZ angestellt, dies bedeutet einen Zuwachs von 285 Prozent über die letzten 10 Jahre.

Abbildung 18: Anzahl medizinischer Versorgungszentren



Quelle: Kassenärztliche Bundesvereinigung

Abbildung 19: Anzahl der angestellten Ärzte in MVZ



Quelle: Kassenärztliche Bundesvereinigung

Die mit weitem Abstand größte Gruppe der MVZ sind in den Fachgruppen der hausärztlichen Versorgung sowie Internisten tätig, die übrige fachärztliche Versorgung wird demnach nur eingeschränkt abgedeckt. Gleichzeitig ist die Mehrzahl der MVZ in Städten sowie Ober- und Mittelzentren angesiedelt, also dort, wo die ärztliche Versorgung ohnehin zumeist gesichert ist.[70]

In vielen Regionen, insbesondere in den neuen Bundesländern, sind Schrumpfungs- und Alterungsprozesse gleichzeitig zu beobachten. Hinzu kommt, dass diese Prozesse und Strukturveränderungen häufig mit einer geringeren Wirtschaftskraft einhergehen. Abwanderung und Strukturschwäche belasten diese Regionen nachhaltig.[71] Das Arbeitsangebot sinkt markant, und der Fachkräftemangel wird zu einer Gefahr für die Versorgungssicherheit in ländlichen Gebieten.

Wenn in Regionen die Bevölkerung durch den Wegzug der jüngeren Menschen und eine geringere Geburtenrate schnell altert, steigt zwar die Nachfrage nach Gesundheitsleistungen pro Einwohner stark an. Gleichwohl kann es in diesen Regionen dennoch insgesamt zu einem Rückgang der Patientenzahlen und der Nachfrage nach Gesundheitsleistungen kommen.[72] Für Anbieter von medizinischen Leistungen, die hohe Fixkosten haben, wird es damit zunehmend schwieriger, kostendeckend zu arbeiten.

Die anhaltende Urbanisierung und eine damit verbundene Bevölkerungsausdünnung vieler ländlicher Gebiete wird es insbesondere in den neuen Bundesländern zunehmend schwieriger machen, eine ausreichende flächendeckende Gesundheitsversorgung zu gewährleisten. Gleichzeitig wird ein Abbau der Gesundheitsinfrastruktur in diesen Gebieten die Abwanderungsgeschwindigkeit noch weiter erhöhen. An dieser Wechselwirkung zeigt sich, dass die Herausforderungen im Bereich der medizinischen Versorgung nicht ausschließlich aus der ökonomischen Perspektive relevant sind. Hier kommt der Gesundheitsversorgung eine struktur- bzw. regionalpolitische Rolle zu.

Auch im zweiten Versorgungsstrang, der Versorgung durch niedergelassene (Fach-) Ärzte, gibt es deutliche regionale Unterschiede. So kommt es in ländlichen Gebieten zunehmend zu Versorgungslücken und gibt es in Ballungsgebieten oft Überangebote – ähnlich dem stationären Bereich. Dadurch entsteht in solchen städtischen Gebieten eine große Konkurrenzsituation um begrenzte Vertragsarztsitze, was daran zu erkennen ist, dass Praxen inklusive Kassenzulassungen bei Nachbesetzungen zu hohen und steigenden Preisen gehandelt werden.

---

70 Kassenärztliche Bundesvereinigung (2018a).
71 RKI (2015).
72 Wübker (2018).

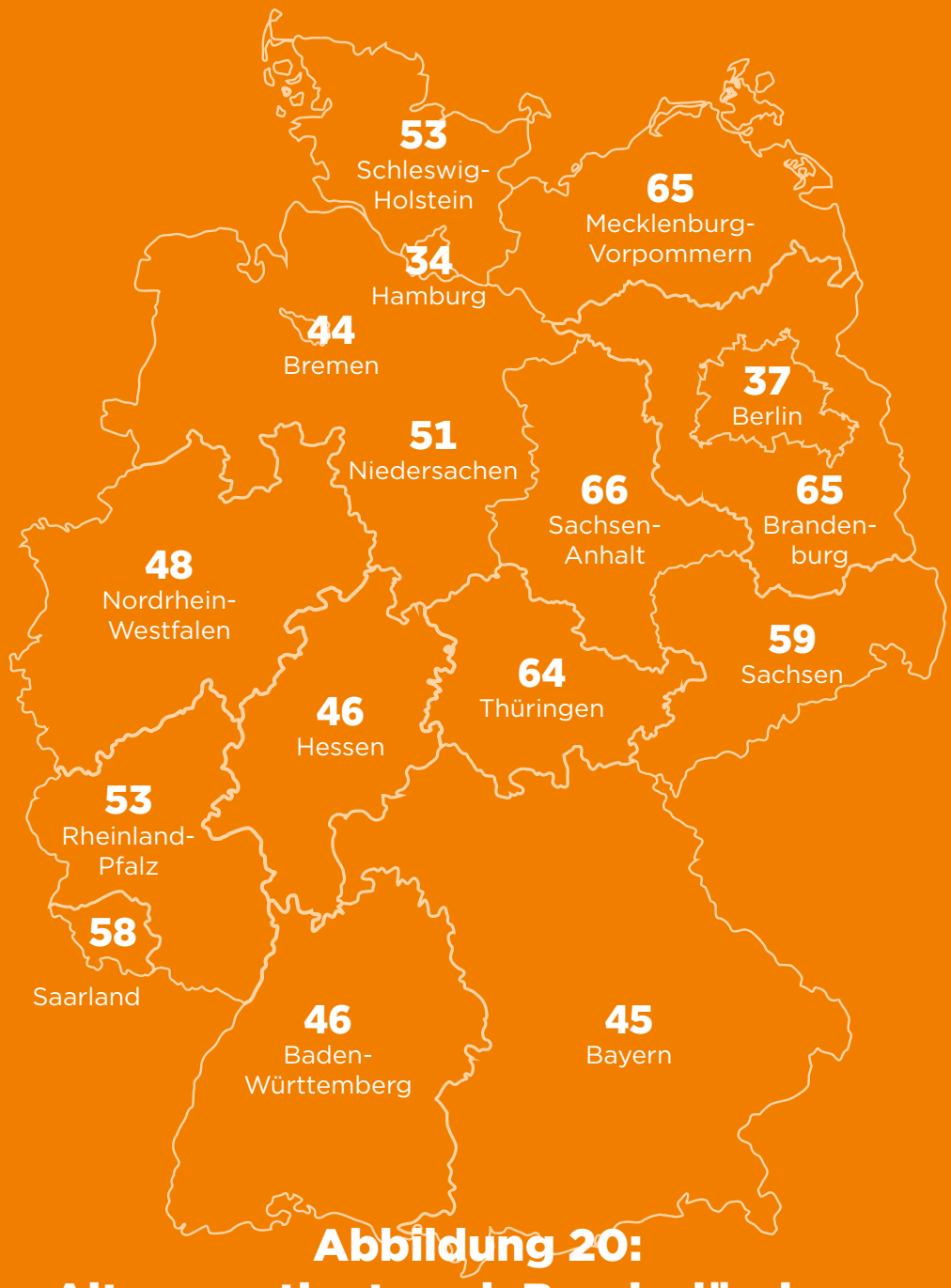


Abbildung 20:
Altersquotient nach Bundesländern – Projektion 2030

Anzahl der über 65-Jährigen
je 100 Personen im Alter von 20 – 64

Quelle: Statistisches Bundesamt

2.3.6. Fachkräftemangel

Die Sorge vor einem Fachkräftemangel in der deutschen Wirtschaft wird bereits seit einigen Jahren regelmäßig geäußert. Politik und Wirtschaft warnen gleichermaßen davor, dass angesichts einer gleichzeitig abnehmenden und alternden Bevölkerung die Anzahl der Personen im erwerbsfähigen Alter stark zurückgehen wird, sodass es zu Personalmangel kommen kann. Von einem Fachkräftemangel spricht man dann, wenn es im Verhältnis zur Nachfrage nach Arbeitskräften zu wenig qualifizierte Arbeitskräfte gibt.

EXKURS: DIE IDENTIFIKATION VON FACHKRÄFTEENGPÄSSEN

In der praktischen Messung eines Fachkräftemangels kommen generell zwei empirische Möglichkeiten in Frage (BA, 2016):

Die Vakanzzeit ist die Zeit, die Unternehmen durchschnittlich für die Besetzung einer offenen Stelle brauchen. Die Idee dahinter ist: je länger es dauert, bis Unternehmen eine Stelle besetzen können, desto angespannter ist die Fachkräftesituation. Die Methode erlaubt es, Vergleiche über die Zeit und über Branchen hinweg zu ziehen, zudem wird mit realen Arbeitsmarktdaten gearbeitet. Es können allerdings Messprobleme auftreten, etwa, wenn Unternehmen aus organisatorischen Gründen Stellen für längere Zeit unbesetzt lassen, weil Umstrukturierungen vorgenommen werden. Nimmt man allerdings an, dass solche verzerrenden Einflüsse im Zeitverlauf weitgehend konstant bleiben, erlaubt die Vakanzzeit-Analyse eine valide Einschätzung der Fachkräfteentwicklung über die Zeit.

Zum Vergleich von Arbeitsangebot und Arbeitsnachfrage: Neben der Vakanzzeit ist es möglich, zwei andere statistische Kennzahlen heranzuziehen und diese gegenüberzustellen, nämlich die Anzahl der zu besetzenden Stellen sowie die Anzahl der gemeldeten Arbeitslosen. Auch hier sind allerdings potenzielle Verzerrungen zu berücksichtigen. Eine hohe Anzahl offener Stellen ist nicht zwingend ein Problem für den Arbeitsmarkt, sondern kann ganz im Gegenteil auch als Indiz für einen gut funktionierenden, vitalen Markt interpretiert werden. Erst in Verbindung mit hohen Vakanzzeiten lässt sich eine problematische Situation erkennen. Weitere Probleme liegen darin, dass nicht alle offenen Stellen der Bundesagentur für Arbeit gemeldet werden und auch nicht alle formal passend qualifizierten Arbeitslosen wirklich für ein Stellenprofil geeignet sind. Klare Zuordnungen von Arbeitssuchenden zu einzelnen Branchen sind häufig schwierig, was Branchenvergleiche erschwert; Nicht-Erwerbstätige, Schüler und Studenten werden nicht erfasst.

Im Zuge des aktuellen konjunkturellen Aufschwungs, des längsten Aufschwungs seit dem „Wirtschaftswunder“ in den 1950er Jahren, wird vom Arbeitsmarkt ein Rekord nach dem nächsten gemeldet. Das gilt sowohl für den Rückgang der Arbeitslosigkeit als auch für den Beschäftigungsanstieg. Mit 44,8 Millionen Erwerbstätigen in Deutschland im Jahr 2018 waren nie zuvor so viele Menschen in der Bundesrepublik erwerbstätig wie derzeit.[73] Und die Arbeitslosigkeit lag 2018 bei durchschnittlich 2,3 Millionen, was einer Arbeitslosenquote von etwa 5,2 Prozent entspricht.[74]

Trotz dieser Rekordmeldungen vom deutschen Arbeitsmarkt hat ein genereller Befund Bestand, der bereits seit Jahren in einer Vielzahl von Analysen konstatiert wird: Einen flächendeckenden Fachkräftemangel gibt es in Deutschland nicht.[75] Sehr wohl gibt es aber Engpässe in einigen Berufsfeldern und Regionen – und hiervon ist die medizinische Versorgung besonders betroffen. Zu den Mangelberufen zählen nämlich Dienstleistungsberufe aus dem Gesundheitswesen (u. a. Pfleger/-innen) und – mit zunehmender Digitalisierung – Facharbeiter/-innen im IT-Bereich.[76]

Seit geraumer Zeit sind mit Ausnahme der Berufe im Rettungsdienst alle Berufsbilder im Gesundheitswesen mit Engpässen konfrontiert, darunter Pflegekräfte, Allgemeinärzte sowie Fachärzte aller Fachrichtungen. Diese Entwicklung ist kein neues Phänomen: In fast allen Bereichen der medizinischen Versorgung zeigen sich diese Engpässe bereits seit dem Jahr 2013.[77] So kann im Bereich der Gesundheitsversorgung mittlerweile durchaus von einem strukturellen Fachkräftemangel gesprochen werden.

Dieser ist deswegen problematisch, weil das Gesundheitswesen preislich weitgehend reguliert ist.[78] So können die Löhne als Anpassungsmechanismus nicht nach der Maßgabe von Knappheit flexibel gesetzt werden, wie dies für eine bessere Verteilung zweckmäßig wäre. Zwar war das Lohnwachstum vor allem in den vergangenen Jahren mit rund vier Prozent pro Jahr durchaus beträchtlich.[79] Dies wurde aber nicht zuletzt durch eher zurückhaltende Lohnsteigerungen in den Jahren zuvor ermöglicht.

Laut der Bundesagentur für Arbeit kamen 2018 in der Berufsgruppe Gesundheits- und Krankenpflege, Rettungsdienst und Geburtshilfe 67 Arbeitssuchende auf 100 offene Stellen.[80] Berücksichtigt man zudem, dass nicht alle Arbeitslosen über Qualifikationsprofile verfügen, die zu den Anforderungen der ausgeschriebenen Stellen passen, kann man erkennen, wie groß das Problem in diesem Bereich ist. Die durchschnittliche Vakanzzeit liegt bei 146 Tagen und damit um mehr als 40 Prozent über dem Durchschnitt aller Berufsgruppen.

---

73 Destatis (2019c).
74 Bundesagentur für Arbeit (2019).
75 Bundesagentur für Arbeit (2016); Manpower Group (2015).
76 Bundesagentur für Arbeit (2019).
77 Bundesagentur für Arbeit (2018a).
78 Augurzky und Kolodziej (2018).
79 Augurzky und Kolodziej (2018).
80 Bundesagentur für Arbeit (2018b).

Abbildung 21: Regionaler Fachkräftemangel im Gesundheitswesen

Fachkräftemangel — Anzeichen für Fachkräfteengpässe

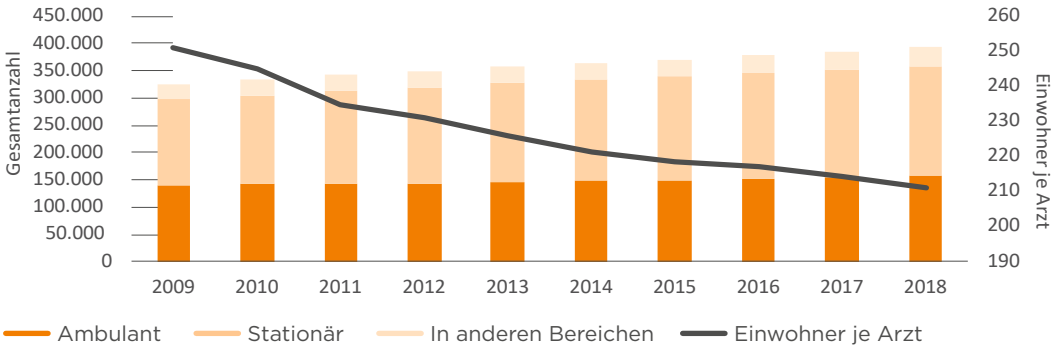
Quelle: Bundesagentur für Arbeit

Aufgrund der Alterung der Gesellschaft wird die Nachfrage nach Personal im Gesundheitswesen im Trend weiter deutlich steigen. Bereits Beim Blick auf die vergangenen Jahre zeichnet sich dies deutlich ab: Zwischen 1991 und 2015 ist die Anzahl der Erwerbstätigen im Gesundheitswesen in Deutschland um 77 Prozent angestiegen. Zum Vergleich: In der Gesamtwirtschaft beträgt dieser Zuwachs 11 Prozent. Die Anzahl der geleisteten Arbeitsstunden an der gesamtwirtschaftlich geleisteten Arbeit ist im gleichen Zeitraum von 7,9 Prozent auf 12,3 Prozent angestiegen.[81]

Allerdings war dies zu einem maßgeblichen Teil mit einer Ausweitung der Teilzeitbeschäftigung verbunden, weswegen die Ausweitung des Arbeitsangebots nicht so ausgeprägt war, wie die Beschäftigungsentwicklung vermuten lässt. Denn gemessen an den Arbeitsstunden je Beschäftigten liegt die Vollzeitäquivalenz-Quote im Gesundheitswesen bei 74,1 Prozent – im Jahr 1991 waren es noch 86,1 Prozent.[82]

Die Entwicklung des Mangels im Bereich der Pfleger/-innen und medizinischen Fachkräfte ist deutlich an den statistischen Kernindikatoren zu erkennen. Im Bereich der Ärzte ist die Situation weniger klar. Auf der einen Seite gibt es nämlich eine steigende Anzahl an approbierten Medizinern, die in Deutschland praktizieren: 385.149 Ärzte waren im Jahr 2017 in Deutschland tätig – so viele wie nie zuvor.[83]

Abbildung 22: Anzahl der Ärzte in Deutschland nach Sektor
Anzahl und Einwohner je Arzt

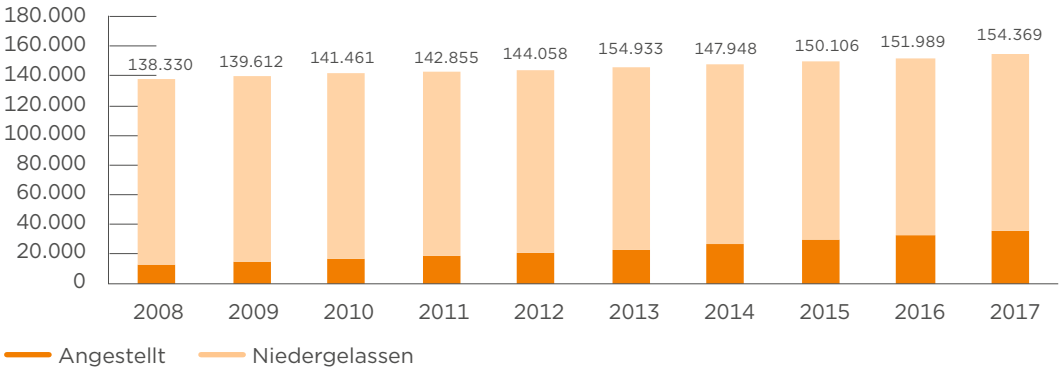


Quelle: Bundesagentur für Arbeit

Auf der anderen Seite zeigt sich ein Problem für die mittel- und langfristige Versorgung in der Fläche, wenn man die Daten genauer betrachtet: Die Anzahl der angestellten Vertragsärzte ist besonders stark gestiegen, um zehn Prozent im Vergleich zum Vorjahr. Mit 31.477 Vertragsärzten war diese Gruppe damit rund ein Drittel so groß wie die der niedergelassenen Ärzte mit 105.934.

81 Augurzky und Kolodziej (2018).
82 Augurzky und Kolodziej (2018).
83 Bundesärztekammer (2017).

Abbildung 23: Anzahl der ambulant tätigen Ärzte in Deutschland nach Beschäftigungsverhältnis



Quelle: Bundesagentur für Arbeit

Diese war im Vergleich zum Vorjahr um 1.361 Personen gesunken. Gleichzeitig sind mehr als die Hälfte der niedergelassenen Ärzte über 50 Jahre alt, ein Zehntel hat bereits das 65. Lebensjahr vollendet. Die angestellten Ärzte sind im Vergleich der beiden Gruppen im Durchschnitt deutlich jünger. Während die Kassenärztliche Bundesvereinigung die Anstellung als Karriereschritt auf dem Weg zur Selbstständigkeit sieht, argumentiert der Marburger Bund, dass dies die verstärkte Konzentration auf medizinische Versorgungszentren (MVZ) anzeigt.[84]

Die Folgen einer wachsenden Anzahl an MVZ für den Arbeitsmarkt sind umstritten: Ärzte bekommen die Möglichkeiten, sich ohne das mit der Selbstständigkeit einhergehende Risiko und die mitunter hohe Arbeitsbelastung in der ambulanten Versorgung zu betätigen. So gelten die Zukunftssicherheit und planbare Arbeitszeiten als zentrale Argumente für Ärzte, in MVZ angestellt zu sein. Durch den starken Anstieg der Anzahl an MVZ seit der Schaffung dieses Modells sind mittlerweile rund zehn Prozent der ambulant tätigen Ärzte angestellt.[85]

In der Krankenpflege können bundesweit laut einer Prognos-Schätzung zu Beginn der kommenden Dekade gut elf Prozent der Stellen nicht besetzt werden, bei Ärztinnen und Ärzten wären es gut sechs Prozent.[86] Zur Mitte des kommenden Jahrzehnts dürfte sich die Situation durch die Auswirkungen des demografischen Wandels noch deutlich verschärfen: So prognostizieren die Prognos-Forscher, dass mehr als ein Viertel der Stellen in der Krankenpflege bis zum Jahr 2040 unbesetzt bleiben könnte, bei den Mediziner/-innen wäre es zu dem Zeitpunkt ein Siebtel der benötigten Stellen.[87] Augurzky und Kolodziej (2018) kommen in einer Worst-Case-Projektion auf einen

84 Thelen (2018).
85 Zu einer umfangreichen Diskussion von MVZ und ihrer Rolle in der Versorgung in Deutschland siehe Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2018).
86 Prognos (2015).
87 Prognos (2015).

nicht gedeckten Bedarf von knapp 1,3 Millionen Fachkräften im Gesundheitswesen im Jahr 2030. Während solche Projektionen naturgemäß von einer Reihe von Annahmen abhängen und vor allem für einen so langen Zeitraum von zehn oder mehr Jahren mit erheblicher Unsicherheit behaftet sind, ist die zugrundeliegende Entwicklung als sehr wahrscheinlich anzusehen – sofern es nicht in den kommenden Jahren zu einem Gegensteuern kommt.

Die Bedingungen in der Pflege wurden im Zuge des Bundestagswahlkampfs 2017 zu einem großen öffentlichen Thema und fanden sich als Konsequenz in der Regierungsarbeit der vierten Regierung Merkel wieder. Am 9. November 2018 wurde das Pflegepersonal-Stärkungsgesetz (PpSG) vom Bundestag verabschiedet und trat am 1. Januar 2019 in Kraft. Ziel dieses Gesetzes ist es, die Arbeitsbedingungen in der Kranken- und Altenpflege in Deutschland zu verbessern und die Anzahl der Pfleger/-innen massiv zu erhöhen, 13.000 neue Pflegestellen sollen geschaffen werden. Für den grundsätzlichen Ansatz, die Pflege in Deutschland zu stärken, gibt es einen allgemeinen gesellschaftlichen Konsens. Die Detailregelungen des Gesetzes provozierten allerdings teils massive Kritik.[88]

Ein Sofortprogramm zur Schaffung neuer Pflegestellen kann zweifellos Engpässe allenfalls kurzfristig überwinden, wenn schlechte Arbeitsbedingungen der Grund für die selbstgewählte Nicht-Beschäftigung ausgebildeter Pflegekräfte sind. So können, wenn die Arbeitsbelastung oder die tarifliche Ausgestaltung des Berufs unattraktiv sind, Pflegekräfte sich gegen eine Anstellung entscheiden. Die bestehenden Engpässe beim Zusammenspiel offener Stellen und Arbeitsloser in weiten Teilen des Gesundheitswesens deuten aber eher darauf hin, dass qualifizierte Fachkräfte zu einem großen Teil beschäftigt sind und eine signifikante Erhöhung der Ausbildungsplätze nötig ist. Auch dieser Aspekt wird im Gesetz aufgegriffen. Allerdings dauert es Jahre, bis die Anzahl der Fachkräfte auf diese Weise erhöht wird. Während dies sicher nötig ist, stellt sich die Frage, ob das PpSG der geeignete Weg ist, kurzfristige Verbesserungen zu erzielen. Dafür könnten unterstützende Maßnahmen, etwa die gezielte Förderung von Migration, nötig sein (siehe Kapitel 4).

Die Schaffung der neuen Pflegestellen wird dadurch finanziert, dass Pflegekosten aus den DRG-Fallpauschalen herausgenommen werden. Dies kann aus verschiedenen Blickwinkeln kritisch gesehen werden: Erstens unterminiert dieses Vorgehen das Fallpauschalenkonzept, nämlich Krankenhäuser zur Kostendisziplin anzuhalten. Zweitens kritisiert die Ärztegewerkschaft Marburger Bund, dass die Herauslösung der Pflegekosten aus der Fallpauschale einen Keil zwischen die verschiedenen Berufsgruppen treibe – einen Mangel gäbe es nicht nur im Bereich der Pflegekräfte, sondern auch bei Ärzten und Ärztinnen[89] sowie weiteren, mitunter pflegeentlastenden Berufsbildern. Ebenso kann es zu Ungleichgewichten zwischen den verschiedenen Bereichen des Gesundheitswesens kommen, da Pflegestellen in der stationären Versorgung gefördert werden, während der ambulante Teil und die Reha nicht von den neuen Regelungen profitieren.

88 Für eine Übersicht der Argumentationslinien verschiedener Stakeholder siehe Fricke (2018).
89 Fricke (2018).

Ein zentraler Aspekt in Bezug auf Fachkräfteengpässe ist zudem, wie auch in allen anderen Sektoren, die es mit Engpässen zu tun haben, die regionale Komponente.

Während die Versorgung mit Ärzten/-innen, Pflegekräften und weiteren medizinischen Fachkräften in urbanen Ballungsgebieten durchweg gut ist und es teilweise sogar zu Überversorgung kommt, fehlen Fachkräfte in ländlichen Gebieten.

Diese Situation wird sich auch zukünftig kaum ändern. Die Arbeit im ländlichen Raum ist für den Großteil der Medizinstudierenden nicht erstrebenswert. So geben 43 Prozent der Studierenden in einer breit angelegten Umfrage der Universität Trier (2019) an, nicht in Landgemeinden tätig sein zu wollen, und 34 Prozent der Befragten wollen nicht in Landkreisen arbeiten. Dies spiegelt eine allgemeine Urbanisierungstendenz wider, die in weiten Teilen der Gesellschaft zu beobachten ist. Für die medizinische Versorgung in der Fläche ist dies aber ein großes Problem.[90]

2.4. DAS VERSICHERUNGSSYSTEM

2.4.1 Der Krankenversicherungsmarkt

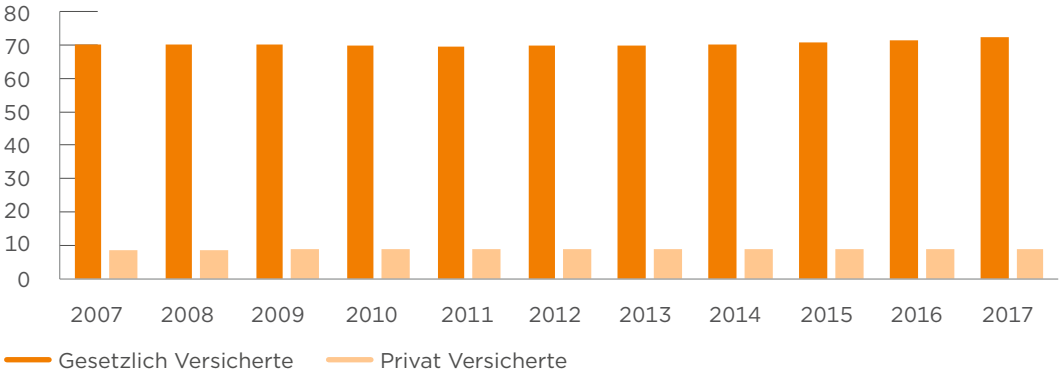
Seit dem Jahr 1845, als die ersten Unternehmen in Deutschland Krankenkassen für ihre Fabrikarbeiter gründeten, gibt es im deutschen Krankenversicherungssystem eine internationale Besonderheit, die Dualität. In Deutschland existieren zwei Krankenversicherungssysteme nebeneinander: die gesetzlichen Krankenkassen und die privaten Krankenversicherungen. Als Folge dessen gibt es zwei unterschiedliche Versichertenkollektive. Die Gutverdiener finden sich dabei eher in dem System der privaten Krankenversicherung wieder. Dies stellt das System der gesetzlichen Krankenversicherung vor zusätzliche (Finanzierungs-)Probleme, abseits der allgemeinen demografischen Entwicklung.

Im April 2019 waren mehr als 73 Millionen Personen gesetzlich versichert und etwa 8,8 Millionen waren bei privaten Krankenversicherungsunternehmen versichert. Hinzu kommen etwa 26 Millionen private Krankenzusatzversicherungen[91], mit denen gesetzlich Versicherte ihr Leistungsniveau anheben. Des Weiteren gab es etwa 1,3 Millionen Personen, die in keinem der beiden Versicherungssysteme abgesichert waren. Hierzu zählen beispielsweise Soldaten, Grenzgänger oder Gefängnisinsassen.

90 Jacob, Kopp und Fellinger (2019).

91 Dabei ist zu beachten, dass eine Person mehrere Zusatzversicherungsverträge abgeschlossen haben kann. Außerdem können in einem Versicherungsvertrag mehrere Personen mitversichert sein.

Abbildung 24: Gesetzlich und Privatversicherte
In Millionen



Quellen: Bundesministerium für Gesundheit, PKV-Verband

2.4.2. Gesetzliche Krankenversicherung

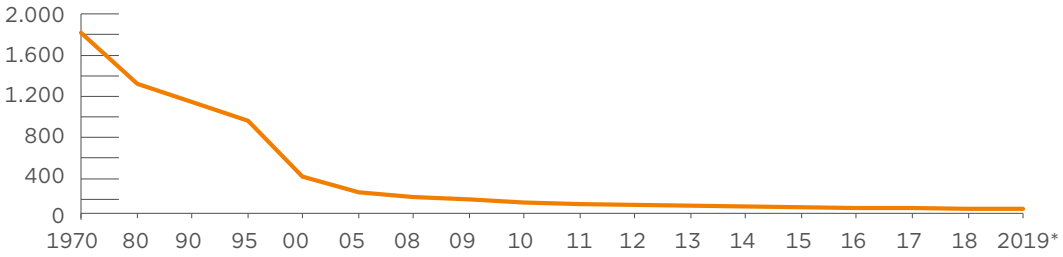
Die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) ist die älteste der deutschen gesetzlichen Sozialversicherungen. Wie alle umlagefinanzierten Einrichtungen des deutschen Sozialversicherungssystems basiert auch die GKV auf dem Solidaritätsprinzip, das heißt, dass alle Versicherten füreinander einstehen und von reich zu arm, jung zu alt, kinderlos zu kinderreich, ledig zu verheiratet und von Männern zu Frauen umverteilt wird.

Als Folge des Gesundheitsstrukturgesetzes aus dem Jahr 1993 kam es zu einem Wettbewerb der Kassen um die Versicherten. Somit wurden die Krankenkassen zu größerer Wirtschaftlichkeit gezwungen.

In den vergangenen Jahrzehnten fanden vermehrt Fusionen von gesetzlichen Krankenkassen statt. Existierten im Jahr 1970 noch 1815 Krankenkassen, so sind es gegenwärtig noch 109.[92] Dies ist allerdings immer noch eine immens hohe Anzahl an Krankenkassen, von denen ein erheblicher Teil auch nur regional tätig ist.

92 Stand: Mai 2019.

Abbildung 25: Anzahl der gesetzlichen Krankenkassen



Quelle: GKV-Spitzenverband

Die Krankenkassenbeiträge werden bei Pflichtmitgliedern abhängig vom Lohneinkommen bis zur Beitragsbemessungsgrenze anhand des aktuell geltenden kassenindividuellen Beitragssatzes berechnet und nicht wie in der privaten Krankenversicherung anhand des persönlichen Krankheitsrisikos. Wer ein höheres Arbeitseinkommen erhält, zahlt dementsprechend höhere Beiträge als jemand mit niedrigerem Arbeitseinkommen. Hingegen ist der Anspruch auf Leistungen aller Versicherten fast identisch.

Seit gut 30 Jahren ist ein Rückgang der Lohnquoten in nahezu allen Industriestaaten zu beobachten. So liegt in Deutschland der Anteil der Arbeitnehmereinkommen derzeit mehrere Prozentpunkte niedriger als in den 1980er Jahren, trotz der zwischenzeitlich auf die Rekordhöhe von fast 34 Millionen gestiegenen Anzahl der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten.

Eine sinkende Lohnquote führt zu einer Erosion der Finanzierungsbasis, während die Ausgaben angesichts eines alternden Versichertenkreises tendenziell steigen. Dies muss in einem lohnabhängigen Umlagesystem zu steigenden Beiträgen führen, sofern nicht der Staat durch Zuschüsse einspringt. Denkbar wäre zudem, die Finanzierungsbasis zu verbreitern (siehe Kapitel 4).

Die hohen lohnabhängigen Sozialbeiträge führen dazu, dass die Einkommen von Klein- und Durchschnittsverdienern vergleichsweise hoch belastet werden. Denn im Gegensatz zum Steuersystem gibt es keinerlei Freibeträge. Die große Mehrheit der Beschäftigten zahlt deutlich mehr Sozialabgaben als Lohnsteuer. Die hohe Belastung des Arbeitseinkommens hat Rückkopplungseffekte sowohl auf das Arbeitsangebot als auch auf die Arbeitsnachfrage. Kommt es zwecks Finanzierung des Systems in den kommenden Jahren zu steigenden Beiträgen, wird sich dieses Problem weiter zuspitzen (siehe Kapitel 4).

2.4.3. Private Krankenversicherung

Bei den Trägern der privaten Krankenversicherung handelt es sich um private Versicherungsunternehmen, die in der Regel als Kapitalgesellschaft oder als Versicherungsverein auf Gegenseitigkeit firmieren.

Personen, die nicht in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind, müssen eine private Krankenversicherung abschließen. Hierzu zählen neben Angestellten mit einem Jahreseinkommen oberhalb der Versicherungspflichtgrenze von gegenwärtig 60.750 Euro Jahresbruttoeinkommen auch Beamte, Selbstständige und einige Studenten. Für Soldaten gibt es die dagegen beispielsweise die truppenärztliche Versorgung. Mit einer privaten Krankenzusatzversicherung lassen sich dagegen Leistungen des normalen gesetzlichen Krankenschutzes ausweiten.

Anders als gesetzliche Krankenkassen verlangen die privaten Krankenversicherungen von ihren Kunden vor Vertragsabschluss eine Risikoprüfung. Potenzielle Versicherte müssen Gesundheitsfragen über eventuelle Vorerkrankungen, vergangene Unfälle oder Krankenhausaufenthalte in den letzten Jahren beantworten. Gegebenenfalls müssen Versicherte dann Risikozuschläge entrichten oder werden gänzlich abgelehnt.

Der Gesetzgeber hat den Wechsel zwischen den beiden Systemen allerdings begrenzt. Ein Wechsel von der privaten zurück zur gesetzlichen Krankenversicherung ist in der Regel nur bis zum vollendeten 55. Lebensjahr möglich. Dies gilt aber auch nur dann, wenn der Versicherte wieder versicherungspflichtig wird, also sein Einkommen wieder unterhalb der aktuellen Versicherungspflichtgrenze liegt. Auf diese Weise will der Gesetzgeber verhindern, dass junge Gutverdiener erst die Vorteile der privaten Krankenvollversicherung in Anspruch nehmen, um dann im Alter, wenn der Beitrag für ihre private Krankenversicherung erheblich teurer wird, wieder in die gesetzliche Versicherung zurückwechseln.

Anders als bei den Krankenkassen handelt es sich bei den privaten Krankenversicherungen nicht um ein lohnzentriertes Umlagesystem. Damit sind sie nicht im gleichen Maße von der erodierenden Finanzierungsbasis betroffen wie die Krankenkassen. Die privaten Krankenversicherer stehen allerdings als Folge der niedrigen Kapitalmarktzinsen derzeit unter Druck, da ihre Rücklagen nicht mehr die bislang kalkulierten Renditen abwerfen.

EXKURS: BÜRGERVERSICHERUNG VS. KOPFPAUSCHALE

Eine Diskussion, die die gesundheitspolitische Diskussion in Deutschland seit nahezu 20 Jahren beschäftigt, ist die Erweiterung des Kreises der Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung und die Berücksichtigung von weiteren Einkunftsarten: Die Einführung einer Bürgerversicherung, in der alle Bürger – einschließlich Beamte und Selbstständige – versichert sind.

Im Modell der Bürgerversicherung sollen alle Leistungen nach dem medizinischen Bedarf in gleicher Qualität für alle Bürger erbracht werden. Deshalb soll die Trennung zwischen gesetzlicher und privater Krankenversicherung aufgehoben werden. Zwar könnten die privaten Anbieter ihre bisherigen Versicherten weiter versorgen, jedoch keine neuen Kunden mehr gewinnen. Für die verbliebenen privat krankenversicherten Personen würde dies mittel- und langfristig teuer, da keine „guten Risiken" mehr in ihrem Tarif zu dessen Finanzierung nachrücken. Den privaten Unternehmen würde für das Neugeschäft lediglich der Bereich der privaten Krankenzusatzversicherung erhalten bleiben, für Leistungen, die die Bürgerversicherung nicht abdeckt.

Befürworter der Bürgerversicherung sehen darin einen Weg, Unterschiede in der Versorgung privat und gesetzlich Versicherter abzuschaffen, die heute durch die unterschiedlichen Vergütungen für die Versicherten der beiden Systeme zustande kommen (siehe Kapitel 2.3.2). Somit sollen Tendenzen zu einer Zwei-Klassen-Medizin abgeschafft werden. Kritiker des Modells sehen dagegen eher die Möglichkeit, dass eine Zwei-Klassen-Versorgung noch verstärkt würde. Die Argumentationslinie lautet, dass eine Bürgerversicherung aufgrund finanzieller Zwänge eine Basisversorgung, nicht aber Spitzenversorgung anbieten könne. Diese würden die Versicherten privat beziehen, die Qualität der Versorgung damit stärker an die eigenen finanziellen Möglichkeiten gekoppelt.[93] Damit käme der Finanzierung der Bürgerversicherung eine entscheidende Rolle bei der Ausgestaltung des Modells zu.

An der Finanzierung des Versicherungssystems setzt das Modell der Kopfpauschale an. Dieses sieht vor, dass die Versicherten einkommensunabhängig einen pauschalen Beitrag an ihre Krankenkasse beziehungsweise den Gesundheitsfonds entrichten. Ein erster Schritt in diese Richtung war bereits die Einführung von einkommensunabhängigen Zusatzbeiträgen Anfang des Jahres 2009, die sich bis Ende 2014 nicht an der Höhe der Einkommen orientierten.

Bürgerversicherung und Kopfpauschale sind somit keine absoluten Gegensätze, sondern setzen an anderen Stellen an. Auch eine Mischform der beiden Systeme wäre denkbar.

93 Für eine Diskussion der verschiedenen Argumentationsstränge zur Bürgerversicherung siehe Wissenschaftliche Dienste des Deutschen Bundestages (2018b).

CHANCEN

03

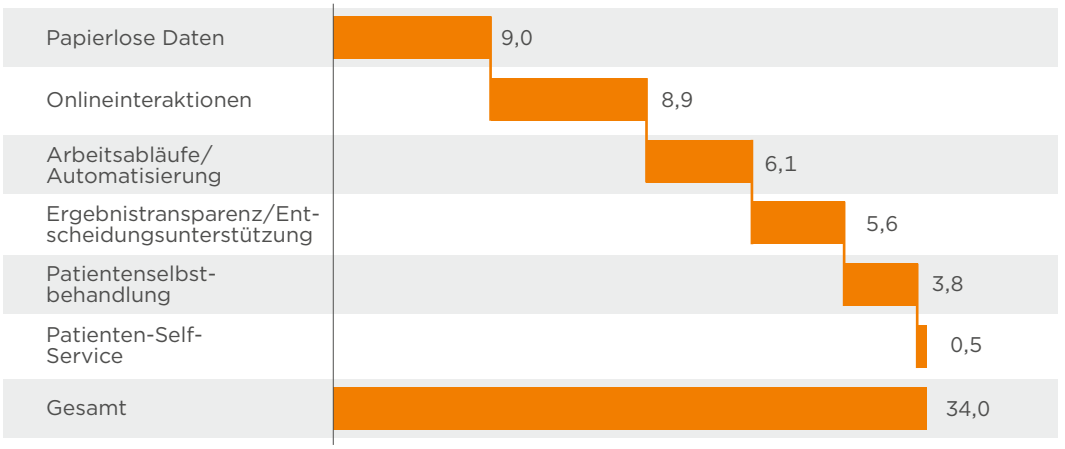
DER MEDIZINISCH-TECHNISCHE FORTSCHRITT VERBESSERT DIE MEDIZINISCHE VERSORGUNG KONTINUIERLICH.
DIE DIGITALISIERUNG KANN EINEN RIESIGEN FORTSCHRITT BEDEUTEN – SOWOHL FÜR DIE QUALITÄT ALS AUCH DIE EFFIZIENZ.

3.1. DIGITALISIERUNG

Die Potenziale einer Digitalisierung der Gesundheitsversorgung sind groß. So schätzte McKinsey (2018) in einer viel beachteten Studie, dass durch eine vollkommene Ausschöpfung der bereits heute vorhandenen digitalen Tools bis zu 34 Milliarden Euro im Jahr im deutschen Gesundheitswesen allein durch die Hebung von Effizienzreserven eingespart werden könnten.

Rund 18 Milliarden Euro davon sollen allein durch die Nutzung papierloser Daten und die Umstellung der Kommunikation auf Online-Interaktionen erreicht werden, weitere sechs Milliarden über die Automatisierung von Arbeitsabläufen.

Abbildung 26: Nutzenpotenziale von Digitalisierungsmaßnahmen im Gesundheitswesen
In Mrd. Euro



Quelle: McKinsey

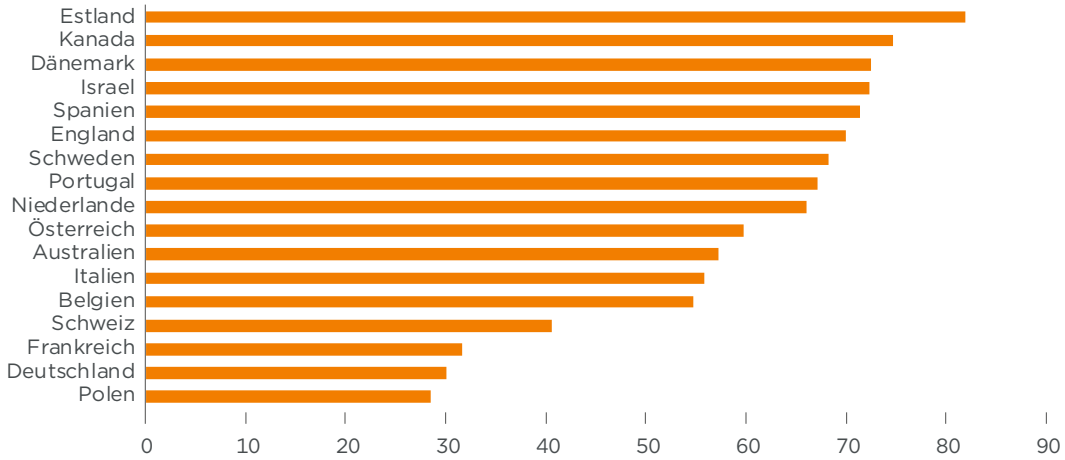
Nun beruhen solche Projektionen auf einer Reihe von Annahmen. Ob daher die genannte Summe eine belastbare Abschätzung tatsächlich vor allem kurzfristig zu erreichender Potenzialer darstellt, ist sicher zu hinterfragen. Als eine valide Abschätzung von Wirkungskanälen entlang einzelner Handlungsfelder liefert die Studie aber auch abseits der konkreten monetären Schätzung eine relevante Analyse der Potenziale der Digitalisierung im Gesundheitswesen.

Allerdings ist die digitale Transformation des Sektors bisher kaum fortgeschritten. So kommt der vom deutschen Bundeswirtschaftsministerium herausgegebene Monitoring-Report Wirtschaft Digital zu dem Ergebnis, dass das Gesundheitswesen in Deutschland unter elf analysierten Branchen mit Abstand den letzten Platz belegt.

Was fehlt, ist eine konsistente Gesamtstrategie.

Die Potenziale der Digitalisierung des Gesundheitswesens basieren auf einer Vernetzung entlang des gesamten Systems. Diese ist allerdings aufgrund der Vielzahl beteiligter Akteure mit unterschiedlichen Interessen und einer fehlenden Federführung des Prozesses bisher nicht etabliert worden. Somit bleiben alle bisherigen Maßnahmen Insellösungen.

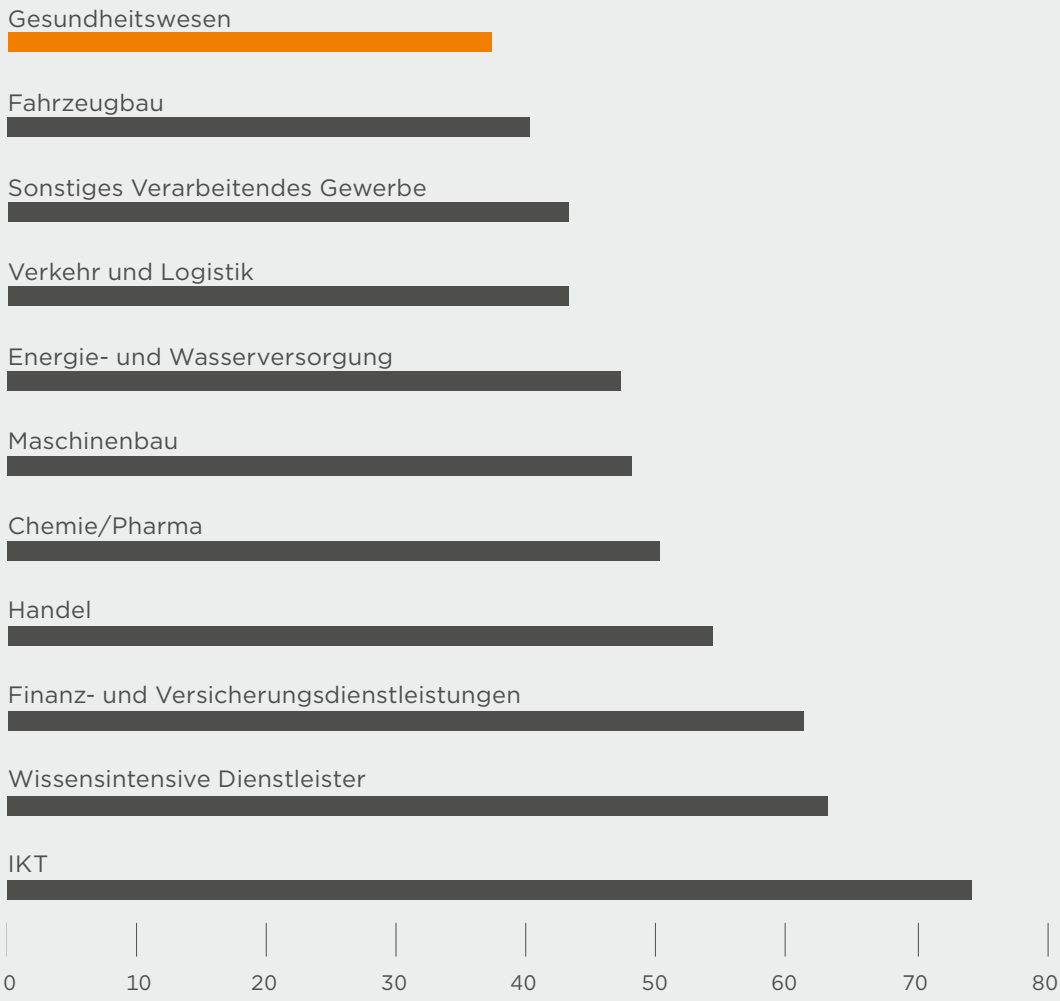
Abbildung 27: Digital Health Index
Punkteskala 0 – 100 (0 ist der schlechteste Wert, 100 der bestmögliche)



Quellen: OECD; Bertelsmann Stiftung

In einer ausführlichen internationalen Analyse der Digitalisierungsstrategien im Gesundheitswesen hat die Bertelsmann Stiftung im Jahr 2018 ein Ranking aufgestellt, das auf einer Vielzahl von Indikatoren aus den Themenbereichen Strategie, technische Umsetzung und Nutzung beruht. Das deutsche Gesundheitssystem ist nach diesem Vergleich durch alle Themengebiete eines der am wenigsten digitalisierten im internationalen Vergleich.

Abbildung 28: Digital-Ranking nach Branchen
Index: Max. 100 Punkte



Quelle: BMWi

Abbildung 29: Digitalisierung der medizinischen Versorgung in Deutschland – Ergebnisse des Praxisbarometers

In Prozent

Digitalisierungsfortschritte		
Digitalisierung der Patientendokumentation	**Komplett / weitgehend digital**	**<50 Prozent digital**
Gesamt	58	42
Großpraxen	89	11
Einzelpraxen	43	57
	JA	**NEIN***
Einsatz von Ferndiagnostik	14	86
Einsatz von Anwendungen zur Arzneimittelsicherheit	51	49
Schriftliche Kommunikation	**Komplett / weitgehend digital**	**<50 Prozent digital**
Schriftliche Kommunikation mit anderen Einrichtungen	7	93
	JA	**NEIN***
Empfang von Labordaten	69	31
Nutzung einer einrichtungsübergreifenden Patientenakte	2	98

Digitalisierungserwartungen		
Welche der folgenden Angebote würden sie gern anbieten?		
digitale Verordnungen, Überweisungen und Bescheinigungen	29	
Online-Terminvereinbarung	21	
einrichtungsübergreifende digitale Patientenakte	16	
Online-Sprechstunde	14	
Hat die Digitalisierung einen Einfluss auf folgende Bereiche?	**Verbesserung**	**Kein Einfluss / Verschlechterung / weiß nicht**
Kommunikation mit Krankenhäusern	57	43
Praxismanagement	57	43
Diagnosequalität	26	74
Arzt-Patienten-Beziehung	18	82
Therapieerfolg	23	77
Inwieweit hemmen folgende Faktoren die Digitalisierung Ihrer Praxis?	**Hemmend*****	**Nicht hemmend********
Sicherheitslücken in EDV-Systemen	78	22
Fehleranfälligkeit von EDV-Systemen	75	25
Fehlende Angebote am Markt	54	46
Internetgeschwindigkeit	51	49
Fehlende PVS-Anbindung	49	51
Fehlende Digital-Erfahung	41	59

* Inkl. 3% „Weiß nicht"; ** Oberste 2 Kategorien, stark und mittel;
*** Untere 2 Kategorien, schwach und gar nicht inkl. „Weiß nicht"
Quellen: IGES; KBV

Im Bereich der Gesundheitsversorgung lassen sich die Handlungsfelder der digitalen Transformation grob auf drei Ebenen betrachten:

- **Die Verbesserung der individuellen Patientenversorgung;**
- **die Verbesserung der medizinischen Versorgung auf der aggregierten Ebene;**
- **die Steigerung der wirtschaftlichen Effizienz des Systems.**

Damit sind digitale Anwendungen ein Querschnittsthema, das dabei helfen kann, den steigenden Herausforderungen auf verschiedenen Ebenen zu begegnen und die Versorgungsqualität zu steigern.

Prof. Dr. Ansgar Wübker

In den kommenden Jahren wird die Finanzierung der medizinischen Versorgung zu einem bestimmenden Thema werden. Während im Augenblick vor dem Hintergrund einer günstigen demografischen Entwicklung, einer seit Jahren guten wirtschaftlichen Gesamtsituation und der damit einhergehenden positiven Entwicklung auf dem Arbeitsmarkt viel Geld im System ist, wird sich die Situation zur Mitte der 2020er Jahre stark verändern.

Dann werden weite Teile der Babyboomer-Generation aus dem Erwerbsleben ausscheiden und nicht in gleicher Stärke durch nachrückende Kohorten ersetzt werden. So kommt es zu einer dreifachen Problematik: Erstens wird die Finanzierungsbasis des Systems deutlich geschwächt, zweitens steigen die Gesundheitsausgaben tendenziell, wenn es einen größeren Bevölkerungsanteil im hohen Alter gibt. Zu der erodierenden Finanzierungsbasis und den steigenden Kosten kommt drittens eine wachsende Schwierigkeit, die schon heute in Teilen der Gesundheitswirtschaft entstehende Fachkräftelücke zu schließen, da es weniger Menschen im erwerbsfähigen Alter gibt.

Die Digitalisierung der medizinischen Versorgung ist ein wichtiger Trend, der an mehreren dieser Herausforderungen gleichzeitig ansetzt. Grundsätzlich ermöglicht die Digitalisierung, die personalintensive Nachfrage nach Gesundheitsleistungen zu verringern. Durch telemedizinische Anwendungen können Leistungen verstärkt zentralisiert werden, denn für Routinefragen ist ein persönlicher Kontakt vor Ort nicht zwingend erforderlich. Gleichzeitig kann über den Einsatz von Robotik, etwa im Bereich der Krankenhauslogistik, das knappe Personal effizienter eingesetzt werden. Neben den direkten finanziellen Auswirkungen können damit zudem Fachkräfteengpässe reduziert werden.

Noch aber steckt die Digitalisierung der Gesundheitswirtschaft in den Kinderschuhen. Technisch sind zwar heute bereits viele Möglichkeiten vorhanden, die Umsetzung stockt allerdings. Ein Hauptgrund dafür ist die fehlende Telematikinfrastruktur. Ein rein privatwirtschaftlich getriebener Ausbau dieser Infrastruktur hat sich bisher nicht eingestellt und ist auch nicht gänzlich zu erwarten. Daher sollte der Staat den Aufbau einer standardisierten bundesweiten Telematikinfrastruktur zügig in Gang bringen. Damit würden wichtige Informationen für die Behandlung von Patienten zu jeder Zeit und an jedem Ort zur Verfügung stehen. Ärzte, Krankenhäuser und Apotheken sowie andere Leistungserbringer könnten – nach Einwilligung des Patienten – auf wichtige Gesundheitsdaten zugreifen. Viele Doppeluntersuchungen ließen sich reduzieren, die Diagnostik würde unterstützt und Transparenz über einzunehmende Arzneimittel hergestellt. Auch würde ein wichtiger Beitrag zur Versorgungsforschung geleistet, um künftig die knappen Ressourcen auf Leistungen guter Qualität zu konzentrieren.

Eine weitere Baustelle besteht in der unzureichenden Innovationsoffenheit des deutschen Gesundheitssystems. Innovationen im Gesundheitssystem können sich immer erst dann durchsetzen, wenn diese auch vergütet werden. Dafür ist es nötig, dass Anwendungen in den Leistungskatalog der Krankenversicherer aufgenommen werden. Bei dieser Transmission gibt es allerdings zum Teil große Hürden. Der Innovationsfonds ist eine Hilfestellung, den Prozess zu verbessern. Über den Fonds werden Testphasen neuer Methoden und Prozesse direkt finanziert; bei positiver Evaluation sollen sie in die Regelversorgung überführt werden.

Die in der kommenden Dekade zunehmend schwieriger werdende Finanzierungssituation dürfte der Digitalisierung einen Schub geben. Dann wird nämlich zunehmend nur die Wahl bestehen, entweder die Effizienz zu steigern oder Leistungen zu kürzen.

Die Digitalisierung ist aber kein Allheilmittel.

Dringenden Optimierungsbedarf gibt es bei der Krankenhausversorgung. Die duale Finanzierung zwischen Versicherungen einerseits und Ländern andererseits führt in diesem Bereich zum Problem des Investitionsstaus, da die Landesmittel für Investitionen in den vergangenen Jahren sukzessive heruntergefahren wurden. Gleichzeitig bestehen durch die nach Fallpauschalen abgerechneten Leistungen Fehlanreize: Krankenhäuser haben einen hohen Anreiz, Leistungen stationär zu erbringen, obwohl eine ambulante Behandlung möglich wäre. Damit wird der Trend zur Ambulantisierung der Medizin und die Schaffung einer patientenorientierten sektorenübergreifenden Versorgung gebremst.

Insgesamt ist auch die Anzahl der Krankenhäuser in Deutschland vergleichsweise hoch. Dadurch entstehen im System relativ hohe Fixkosten für die nötigen Vorhalteleistungen an den einzelnen Standorten. Weniger, aber größere und spezialisierte Krankenhäuser wären besser. Dabei ist zu beachten, dass die gute Erreichbarkeit von Krankenhäusern, insbesondere im Bereich der Notfallversorgung und der Versorgung auf dem Land, gewährleistet bleibt. Schließungen und Umwidmungen bestehender Krankenhäuser sind allerdings politisch schwer durchzusetzen. Der Krankenhausstrukturfonds ist ein wirksames Instrument, diesen Prozess zu befördern. Krankenhäuser werden mit Unterstützung des Fonds z. B. in anders gelagerte Gesundheitseinrichtungen umgewidmet. Der Fonds bietet den Trägern nicht nur positive Anreize zur Veränderung ihrer lokalen Krankenhausstrukturen, sondern er hilft auch dabei, Kapazitätsanpassungen im Krankenhaussektor öffentlich und politisch besser zu vermitteln.

In einigen Regionen ist bereits ein starker Alterungsprozess bei einer gleichzeitigen Abnahme der Bevölkerungszahl zu beobachten. Marktwirtschaftlich rentieren sich Krankenhäuser in diesen Regionen aufgrund der hohen Fixkosten dann weniger. Eine reine Marktlösung würde daher zu Lasten der Erreichbarkeit der medizinischen Versorgung in der Fläche gehen. Hier ist eine eindeutige Definition der Erreichbarkeit wichtig, um klare Kriterien zu haben, wann Sicherstellungszuschläge an Krankenhäuser in strukturschwachen Regionen zu zahlen sind und wann nicht. Darüber hinaus braucht es eine effektive Patientensteuerung. Jeder Patient muss zielgerichtet dort behandelt werden, wo der Fall hingehört: Schwere Fälle in spezialisierte Einrichtungen, Grundversorgung für leichte Fälle, Notfallversorgung für Notfälle.

Grundlage dieser Ausführungen ist ein Interview der Autoren mit Prof. Dr. Ansgar Wübker.

Prof. Dr. Wübker ist stellvertretender Leiter des Kompetenzbereichs „Gesundheit“ am RWI Essen sowie Professor für Gesundheitsökonomik und Gesundheitspolitik an der Ruhr-Universität Bochum. Seine gesundheitsökonomische Forschung konzentriert sich unter anderem auf Krankenhausmärkte, Ungleichheiten in der medizinischen Versorgung sowie die empirische Evaluation gesundheitspolitischer Maßnahmen.

3.1.1. Die Verbesserung der individuellen Patientenversorgung

Auf der Ebene der individuellen Patientenversorgung gibt es eine Vielzahl von Möglichkeiten, die sowohl die Versorgung verbessern als auch die Organisation des individuellen Behandlungspfads für den Einzelnen erleichtern können.

EXKURS: DIE ELEKTRONISCHE GESUNDHEITSKARTE

Die elektronische Gesundheitskarte (eGK) wurde im Jahr 2003 beschlossen, und ihre flächendeckende Einführung sollte im Jahr 2006 vollzogen werden. Für die Planung und Umsetzung der Infrastruktur sowie der Sicherheitsanforderungen gründeten die Organe der Selbstverwaltung die Organisation „Gematik".

In der Folge kam es allerdings zu diversen Problemen bei der Planung, der konkreten Umsetzung sowie der Einführung dieser elektronischen Gesundheitskarte. Widerstände gab es in verschiedenen Entwicklungsstufen unter anderem von Verbraucherschützern, sowie den Spitzenverbänden. Die Gründe waren Zweifel hinsichtlich der Datensicherheit, Datensouveränität, Umsetzungskosten und der Tiefe der gesammelten Daten.

Die zentrale Schwäche dieser eGK kann darin gesehen werden, dass die Selbstverwaltung mit der Umsetzung beauftragt war. Denn durch das gleichrangige Mitwirken aller Spitzenverbände gab es keine Institution, die den Prozess in einer klaren Führungsrolle koordiniert und befördert hat. Gleichzeitig hatten alle beteiligten Institutionen eigene Interessen bei der Umsetzung bis zur Verzögerung der flächendeckenden Einführung.[94] So sträubten sich beispielsweise die Ärztevertreter gegen die Neuordnung der Versorgungsabläufe oder die Versicherungen gegen die Übernahme der hohen Einführungskosten.

Seit dem 1. Januar 2015 ist die eGK als einziger Berechtigungsnachweis für GKV-Leistungen in Deutschland im Einsatz.

Die zentrale Sammlung, Speicherung und Weiterleitung von Daten steht im Zentrum der Digitalisierung der Gesundheitsversorgung und war in der ursprünglichen Form als Aufgabengebiet der eGK gedacht.

94 Vgl. u. a. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2018).

Mit der Einführung der elektronischen Patientenakte (ePA) soll es nun zu einer weitgehenden Nutzung digitaler Datenflüsse kommen. Die ePA soll ein sektorübergreifendes und interprofessionelles Arbeiten auf einer einheitlichen Informationsgrundlage ermöglichen, wie dies in anderen ökonomischen Bereichen längst zum Standard geworden ist.[95]

Teils massive Kritik gibt es allerdings an den durch die Gematik definierten Umsetzungsrichtlinien für die ePA, die im Dezember 2018 erstmals festgelegt wurden. So schaltete sich Anfang 2019 Integrating the Healthcare Enterprise (IHE), eine Industrie-Initiative im Bereich der Digitalisierung des Gesundheitswesens, mit einer öffentlichen Stellungnahme in die Debatte um die deutschen ePA-Vorgaben ein.[96] Darin kritisierten sie unter anderem, dass IHE-Standards missachtet werden, wodurch die Anschlussfähigkeit des Systems an internationale Standards nicht gegeben sei. Anbieter müssen damit gematik-konforme Lösungen entwickeln, die von den internationalen IHE-Standards abweichen. Dies verhindert nicht nur die Anschlussfähigkeit des deutschen Systems, sondern verlängert auch den Einführungszeitraum und erhöht die Kosten.[97]

Kritik gibt es auch hinsichtlich der Anwendungsmöglichkeiten: In der aktuellen Ausgestaltung handele es sich in erster Linie um ein Speichermedium für pdf-Dokumente, so der Bundesverband Gesundheits-IT (bvitg) e. V.[98] So können die Potenziale, die eine ePA bietet, auch bei einer breiten Umsetzung in Deutschland nicht gehoben werden.

EXKURS: DIE ELEKTRONISCHE PATIENTENAKTE (EPA)

Die elektronische Patientenakte (ePA) soll zu einem zentralen Management-Tool für die individuelle Patientenversorgung in Deutschland werden. Dabei übernimmt sie Teile der Funktionen, die bereits die eGK erfüllen sollte, geht in ihrer Konzeption aber noch deutlich darüber hinaus.

Die ePA soll zukünftig als zentraler Speicherort aller für die Versorgung notwendigen Patientendaten fungieren. Dazu zählen Befunde, Diagnosen, Therapien, Behandlungsberichte und Impfungen. Damit soll die ePA nicht nur der zentralen Dokumentation dienen, sondern zum multifunktionalen Zentrum des Versorgungsmanagements werden.[99]

95 Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2018).
96 IHE (2019).
97 Krüger-Brand (2019a).
98 ZM Online (2019).
99 Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2018).

Die Politik hat bei der Einführung der ePA die Fehler bei der eGK-Einführung berücksichtigt. So hat das Gesundheitsministerium im Zuge des eHealth-Gesetzes die Federführung des ePA-Prozesses übernommen, um in Abstimmung mit den Trägern der Selbstverwaltung den Prozess zentral zu steuern. Zudem sind sanktionsbewehrte Fristen für die Leistungserbringer vorgesehen, um die konkrete Umsetzung voranzutreiben.

Die Vorteile für die Patienten sind vielfältig. Am wichtigsten ist, dass die medizinische Versorgung verbessert wird: Komplikationen oder Todesfälle, die durch Wechselwirkungen zwischen Medikamenten oder Fehlversorgungen aufgrund von fehlenden oder falschen Informationen ausgelöst werden können, sind heute ein relevantes Problem im Gesundheitssystem, das durch einen verbesserten Datenfluss signifikant gesenkt werden könnte.[100] Hier soll die digitale Speicherung und Weitergabe von Daten ansetzen. Zudem werden Patienten Mehrfachuntersuchungen oder -behandlungen erspart, die sich gerade bei umfangreichen Therapien unter Einbezug mehrerer schnell ergeben können.

Durch die Möglichkeit, Patienten Zugriff auf das System über ein digitales Konto zu geben – etwa über das Smartphone – bekommen sie Souveränität über ihre eigenen Daten. Ein Modell dafür ist das System in Estland, ein globaler Vorreiter in der Verbreitung der elektronischen Patientenakte. Dort nehmen 98 Prozent der Bevölkerung am System der ePA teil. Eine Vielzahl von Datenquellen laufen darin zusammen, und die Patienten haben nicht nur jederzeit Einsicht in ihre Daten über eine zentrale Plattform, sie können auch nicht-medizinische persönliche Daten selbstständig verwalten und darüber bestimmen, wem welche Daten zugänglich gemacht werden.[101]

Zudem bietet die ePA als zentraler Baustein im Versorgungsmanagement weitreichende Möglichkeiten für Patienten, Therapiewege mitzugestalten. Es gibt eine Reihe medizinischer Studien, die belegen, dass die Einbindung von Patienten in Therapieprozesse bessere Behandlungsergebnisse ermöglicht.[102] Heute bestehen bereits verschiedene „Beyond the pill"-Ansätze einzelner Hersteller. Diese helfen den Patienten per App dabei, Therapien zu überwachen und zu unterstützen. Die ePA bietet das Potenzial, einen zentralen Anlaufpunkt für solche Ansätze zu etablieren.

Um diese Potenziale heben zu können, ist es allerdings erforderlich, die notwendigen Voraussetzungen zu schaffen: Das ist zunächst die Infrastruktur. Der Rückstand, den Deutschland etwa bei der Versorgung mit Breitband-Anschlüssen im internationalen Vergleich hat, ist vielfach dokumentiert worden, auch vor dem Rollout des 5G-Netzes,

100 Vgl. u. a. Juurlink et al. (2000); Scott et al. (2015).
101 Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2018).
102 Vgl. u. a. Greenfield, Kaplan und Ware (1985); Arnetz et al. (2004); Laxy und Holle (2014).

der sich als problematisch ankündigt.[103] In der Gesundheitswirtschaft kommt diesem Thema eine noch größere Bedeutung zu. Auf der einen Seite richten sich viele der potenziellen eHealth-Anwendungsfälle an strukturschwache ländliche Regionen, die medizinisch zunehmend unterversorgt sind. Gleichzeitig sind es aber auch zumeist solche Regionen, die große Rückstände beim Netzausbau aufweisen. Zudem müssen Praxen und Kliniken mit notwendigen Systemen ausgestattet werden. Dazu gehören Möglichkeiten zum Auslesen von Daten, vernetzte Systeme oder sichere und leistungsfähige Rechenzentren.

Die Telematikinfrastruktur ist bereits seit 15 Jahren ein gesundheitspolitisches Thema, flächendeckend implementiert wurde sie aber bislang nicht. Umso schwerer wiegt es, dass nicht nur die Schaffung der Infrastruktur bislang nicht auf dem nötigen Stand ist, auch in ihrer Konzeption sind noch viele Fragen offen. Dies gilt besonders auf dem Gebiet des Datenschutzes, der bei sensiblen Gesundheitsdaten einen besonderen Stellenwert einnehmen muss. Fragen des Berechtigungsmanagements, der Verschlüsselung oder Signaturen sind noch nicht final konzipiert und umgesetzt, die Pläne der Gematik gehen mitunter an internationalen Standards vorbei. Hier ist nicht nur ein anschlussfähigerer, sondern auch wesentlich einfacherer Weg der deutschen Umsetzung möglich.[104]

In diesem Bereich sollte im Umsetzungsprozess allerdings die Frage nach dem Nutzen-Risiko-Verhältnis gestellt werden: Es ist unstrittig, dass eine so weitgehende Digitalisierung des Gesundheitswesens, wie sie mit der ePA angestrebt wird, einen hochstehenden Datenschutz und ein klares Konzept hinsichtlich der Zugriffsmöglichkeiten erfordert. Ideal wäre, eine hochstehende und umfassende Lösung gemeinsam mit europäischen Partnern unter Beachtung der global führenden europäischen Datenschutzstandards zu entwickeln. Wie bei den generellen Standards und Funktionalitäten lassen sich auch beim Umgang mit Daten internationale Best Practices nutzen.

Gleichzeitig wird es eine alle Risiken abdeckende Lösung nicht geben können. Daher wird die Entscheidung, welche Risiken man eingehen möchte, die entscheidende Frage der kommenden Jahre sein.

3.1.1.1. Apps und Wearables

Digitale Hilfsmittel können allerdings auch ohne die Anbindung an ein zentrales Datensystem wertvolle Unterstützung bieten, besonders für chronische Kranke.

Wearables wie Fitnesstracker, Pulsuhren oder Smartwatches verbreiten sich in hoher Geschwindigkeit.[105] Es entstehen zahlreiche Anwendungsbereiche, die die Versorgung der Bürger im Vergleich zum Status quo verbessern, zum Beispiel durch das Monitoring chronisch kranker Patienten oder durch die einfachere Erhebung medizinischer Daten.

---

103 Vgl. u. a. Beckert (2017); Heymann und Körner (2018); Destatis (2019d).
104 Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2018); Haas (2017).
105 Buck et al. (2018).

Abbildung 30
Wearables

3,58

Millionen Geräte
Absatz von Wearables in Deutschland, 2017

0,93 Mio.	2,02 Mio.	3,04 Mio.
2014	2015	2016

Quellen: Bitkom; GfK

Während Pharmazeutika und medizinisch-technische Produkte einer umfassenden Regulierung unterzogen werden müssen, werden Digital-Lösungen auf der Patientenebene derzeit meist als Lifestyle- oder Wellnessprodukte außerhalb einer Regulierung angeboten.

Die Unterscheidung zwischen produzentenneutralen und herstellerspezifischen sowie funktionalen und wenig ausgereiften Lösungen ist für Nutzer kaum selbstständig zu treffen. Für einen umfassenden Einsatz in der Versorgung, etwa die Übermittlung von Daten im Telemonitoring, ist eine Zertifizierung als Medizinprodukt nötig.

Applikationen, die in Diagnostik und Therapie eingreifen, werden in Deutschland als Medizinprodukte klassifiziert.[106] Sie müssen, im Gegensatz zu reinen Fitness-Applikationen, vor ihrer Einführung zertifiziert und zugelassen werden. In einer vom Bundesministerium für Gesundheit geförderten Studie konnte allerdings kein signifikanter Nutzen durch die Anwendung solcher Apps gefunden werden.[107] Allerdings gab es Hinweise darauf, dass diese Geräte die Selbstdisziplin der Menschen in Bezug auf ein gesundheitsbewusstes Verhalten stärken. So können Nutzer beispielsweise zu mehr Aktivität und Bewegung motiviert oder bei der Umstellung auf eine gesündere Ernährung unterstützt werden. Langfristig können so nachhaltige Änderungen in den individuellen Verhaltensweisen der Nutzer herbeigeführt werden – wenn sie vom Nutzer korrekt angewandt werden.[108]

Die Prüfung solcher Anwendungen könnte in den Aufgabenbereich des G-BA fallen. Dessen Expertise ist aber auf eine Überprüfung digitaler Anwendungen kaum vorbereitet, langwierige Prüfprozesse sind für schnelllebige digitale Entwicklungen ungeeignet.

EXKURS: DER GEMEINSAME BUNDESAUSSCHUSS

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) wurde mit Inkrafttreten des GKV-Modernisierungsgesetzes zum 1. Januar 2004 als oberstes Beschlussgremium der gemeinsamen Selbstverwaltung der Ärzte, Zahnärzte, Psychotherapeuten, Krankenhäuser und Krankenkassen in Deutschland gegründet. Seitdem übernimmt er alle Aufgaben, die zuvor von vier parallel arbeitenden Gremien wahrgenommen wurden. Zu den Aufgaben gehört es, Richtlinien zu erlassen, die den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) bestimmen. Damit entscheidet der G-BA über erstattungsfähige Arzneimittel und Behandlungsmethoden auf Basis einer wissenschaftlichen Bewertung des Zusatznutzens und legt fest, welche Leistungen der medizinischen Versorgung von den Kassen übernommen werden. Verordnet ein niedergelassener Arzt eine Therapie,

106 Bork, Weitz und Penter (2018).
107 Albrecht (2016).
108 Buck et al. (2018).

die nicht vom G-BA genehmigt wurde, übernimmt die gesetzliche Krankenkasse die Kosten nicht. Eine weitere Aufgabe des G-BA sind Qualitätsmanagement und -sicherung in der ambulanten und stationären Versorgung.

Die vom G-BA beschlossenen Richtlinien sind für alle Akteure der GKV bindend. Sie haben den Rechtscharakter untergesetzlicher Normen. Der G-BA arbeitet auf der Rechtsgrundlage des fünften Sozialgesetzbuches (SGB V) und untersteht der Rechtsaufsicht des Bundesministeriums für Gesundheit.

Patientenvertreter können an den Beratungen des G-BA beratend teilnehmen und haben ein Antragsrecht. Sie besitzen allerdings kein Stimmrecht und dürfen damit auch nicht über den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenkassen mitentscheiden.

Das Bundesverfassungsgericht zweifelte im November 2015 erstmals an der demokratischen Legitimierung des G-BA[109], auch, weil von den Entscheidungen des G-BA betroffene Personengruppen dort nicht repräsentiert sein könnten: „Denn es ist nicht ausgeschlossen, dass der Gemeinsame Bundesausschuss für eine Richtlinie hinreichende Legitimation besitzt, wenn sie zum Beispiel nur an der Regelsetzung Beteiligte mit geringer Intensität trifft, während sie für eine andere seiner Normen fehlen kann, wenn sie zum Beispiel mit hoher Intensität Angelegenheiten Dritter regelt, die an deren Entstehung nicht mitwirken konnten. Maßgeblich ist hierfür insbesondere, inwieweit der Ausschuss für seine zu treffenden Entscheidungen gesetzlich angeleitet ist.“[110]

Das Gericht warf zudem die Frage auf, ob nicht der demokratisch gewählte Gesetzgeber direkt über die Leistungen der GKV entscheiden oder wenigstens von diesem verantwortet werden müsse. Ob der G-BA in seiner jetzigen Form tatsächlich langfristig juristisch tragbar ist, ließ das Bundesverfassungsgericht in seiner Entscheidung allerdings offen. Dennoch wiederholte das Gericht bereits im Folgejahr seine Zweifel an der demokratischen Legitimation des G-BA in seinem Urteil zu Mindestmengen in Krankenhäusern.[111] Die Richter erklärten darin erneut, dass es „durchaus gewichtige Zweifel“[112] an der demokratischen Legitimation des G-BA gebe.

Das Bundesgesundheitsministerium hat daraufhin im Jahr 2016 drei Gutachten[113] in Auftrag gegeben, die sich mit der Frage der demokratischen Legitimation des G-BA beschäftigen sollten. Diese Gutachten kommen zu unterschiedlichen Einschätzungen.

---

109 BVerfG, Beschluss des Ersten Senats vom 10. November 2015 - 1 BvR 2056/12 - Rn. (1-25).
110 BVerfG, Beschluss des Ersten Senats vom 10. November 2015 - 1 BvR 2056/12 - Rn. 22.
111 BVerfG, Beschluss der 1. Kammer des Ersten Senats vom 06. Oktober 2016 - 1 BvR 292/16 - Rn. (1-30).
112 BVerfG, Beschluss des Ersten Senats vom 10. November 2015 - 1 BvR 2056/12 - Rn. 22 sowie BVerfG, Beschluss der 1. Kammer des Ersten Senats vom 06. Oktober 2016 - 1 BvR 292/16 - Rn. 24.
113 Kluth (2017); Gassner und Holzner (2017); Kingreen (2017).

Gassner und Holzner (2017) sowie Kingreen (2017) sehen keine verfassungsrechtlich hinreichende Legitimation des G-BA. Sie machen dies vor allem an der fehlenden Beteiligung von Versicherten sowie nicht im G-BA repräsentierten Leistungserbringern fest, die erheblich von den Entscheidungen des G-BA betroffen sind, an den Entscheidungen allerdings nicht (ausreichend) beteiligt werden. Kluth (2015) kommt dagegen zu der Einschätzung, dass der G-BA und seine Entscheidungen durchaus verfassungsrechtlich legitimiert sind. Er sieht aber in der unzureichenden Beteiligung der Versicherten ebenfalls einen Mangel, der nach seiner Auffassung aber nicht zu einer Delegitimation des G-BA führt. Alle Gutachter kommen allerdings zu dem Schluss, dass es geboten sei Patientenvertreter stärker in die Entscheidungen des G-BA einzubinden. Kingreen – und in ähnlicher Weise auch Gassner und Holzner – plädiert als Reformoption dafür, dass das Bundesgesundheitsministerium die erlassenen Richtlinien zusätzlich prüfen und für allgemeinverbindlich erklären sollte, um auch so die Entscheidungen des G-BA stärker demokratisch zu legitimeren.

Der G-BA selbst hat sowohl im Jahr 2015[114] als auch erneut im Jahr 2017[115] ebenfalls zwei Gutachten erstellen lassen, die seine demokratische Legitimität untersuchen sollten. Beide Gutachten sahen – wenig überraschend – keinen wesentlichen demokratischen Mangel.

Die US-amerikanische Behörde FDA hat schon vor einigen Jahren ein Fast-Track-Programm implementiert, um innovative Arzneien und Therapiemöglichkeiten so schnell wie möglich einsetzbar zu machen. Dieses Verfahren steht aber auch regelmäßig in der Kritik, weil es die notwendige Sorgfalt kaum erfüllen könne.[116] Ähnlich wie bei der Diskussion um die Einführung der ePA wird es in diesem Bereich keine optimale Lösung geben können, sondern ein Abwägen zwischen den zeitlichen und technischen Erfordernissen einer Prüfung und den Möglichkeiten einer schnellen Markteinführung neuer Entwicklungen. „Im Bereich der Einbindung von Patienten in den Therapie-Verlauf sind digitale Hilfsmittel eine riesige Möglichkeit“, so Prof. Karl Lauterbach, „die Möglichkeiten überwiegen hier die Kosten eindeutig.“

Eng verbunden sind die Möglichkeiten von Wearables oder Apps mit dem Telemonitoring, einem Teil der Telemedizin. Unter Telemedizin versteht man diagnostische oder therapeutische Leistungen, die, ohne einen persönlichen Kontakt, über Telefon oder das Internet erbracht werden. Im Teilbereich des Telemonitoring können Ärzte Patienten aus der Ferne überwachen, etwa, indem Wearables ihre Vitaldaten aufzeichnen oder

114 Kluth (2015).
115 Hase (2017).
116 Feldwisch-Drentrup (2016).

Patienten Informationen in Apps oder andere Online-Portale eingeben. Von großem Nutzen sind solche schon heute in ersten Anwendungen eingesetzten Möglichkeiten, vor allem bei der Überwachung chronischer Krankheiten. Die Überwachung wird gleichzeitig deutlich ausgeweitet, da ein kontinuierliches Monitoring erfolgt. Zudem können über die Real-Time-Übermittlung von Daten in Notfällen Ärzte automatisch informiert werden. Die Überwachung kann deutlich bequemer für Patienten werden, da regelmäßige Wege in die Praxis entfallen.

In der Telediagnostik und -konsultation erfolgt nicht nur die Übermittlung von Daten, sondern auch die Besprechung, Diagnosestellung und -behandlung via Telematik. Große Möglichkeiten werden hier vor allem im Bereich der Versorgung von Patienten im ländlichen Raum gesehen, wenn die ärztliche Infrastruktur so dünn ist, dass es mitunter zu langen Wegen für Patienten kommt. Vor allem Fachärzte sind in ländlichen Gebieten eher in regionalen Clustern als in jedem Ort vorhanden, Telekonsultationen können die Verfügbarkeit der Bevölkerung erleichtern. Die technische Entwicklung der vergangenen Jahre erlaubt dabei eine Vielzahl von Möglichkeiten, die dem persönlichen Kontakt nahekommen. Nicht nur können Vitaldaten übermittelt werden, auch können Ärzte per hochauflösendem Videochat direkte Eindrücke von Patienten gewinnen.

3.1.1.2. Terminservice-Gesetz

Ein konkreter Ansatz, die Digitalisierung voranzutreiben und das System für Patienten zu verbessern, wurde in dem im März 2019 verabschiedeten Terminservice-Gesetz geschaffen. Im Kern schiebt das Gesetz eine zentrale Koordination zur Terminvereinbarung an. Über den Ausbau von Terminservicestellen sollen Patienten die Möglichkeit bekommen, an jedem Tag der Woche rund um die Uhr Termine zu vereinbaren – per Telefon und App. Das Ziel ist es, die Terminvereinbarung näher an die Lebensrealität der meisten Menschen zu holen, in der sie Rund-um-die-Uhr-Online-Services gewohnt sind. Zudem soll die Terminvergabe auch insgesamt spürbar verbessert werden. Durch weitere Maßnahmen wie dem Ausbau von Leistungsangeboten in dünn besiedelten Gebieten, ein höheres Mindestsprechstundenangebot von Vertragsärzten sowie einer Angleichung der Versorgung privat und gesetzlich Versicherter sollen Patienten schneller und von richtiger Stelle behandelt werden.

3.1.2. Die Steigerung der wirtschaftlichen Effizienz des Systems

Die Digitalisierung gilt als Chance, die Effizienz des medizinischen Versorgungssystems zu erhöhen. Dafür sind neben den Tele-Anwendungen vor allem die elektronische Speicherung und Übermittlung von Daten von großer Bedeutung.

Die elektronische Patientenakte (Electronic Health Records) steht dabei im Zentrum des eHealth-Bereichs (siehe Kapitel 3.1.1.). Alle an einem Behandlungsprozess Beteiligten, also Patienten, verschiedene Leistungserbringer und Kostenträger, bekommen schnellen und transparenten Zugriff auf relevante Daten. Behandlungswege können effizient geplant und Einzelschritte aufeinander abgestimmt werden, Behandlungs(miss)erfolge werden sichtbar und Doppeluntersuchungen vermieden. Interne Prozesse bei Leistungserbringern und Kostenträgern können vereinfacht werden, Ineffizienzen wie lange Klinikaufenthalte, Doppeluntersuchungen und das Fortführen wenig erfolgreicher Therapien werden vermieden. Damit wird neben der Versorgungsqualität auch die wirtschaftliche Effizienz des Sektors gesteigert.

Ein Großteil der eHealth-Anwendungen basiert auf der Weitergabe von Daten und der Interoperabilität zwischen verschiedenen Leistungserbringern und Teilsektoren. Das deutsche System ist aktuell stark fragmentiert. Zwar werden Strukturen für die digitale Sammlung, Speicherung und Auswertung von Daten aufgebaut. Dies geschieht allerdings in erster Linie über Insellösungen. So wird nicht nur eine Durchlässigkeit von Informationen zwischen verschiedenen Beteiligten im System verhindert, selbst eine strukturierte Datenweitergabe zwischen den einzelnen Abteilungen in einem Unternehmen ist häufig nicht möglich.[117]

Besonders deutlich wird das Problem von Insellösungen, wenn man nicht nur die individuelle Versorgung betrachtet. Die Vorzüge auf der Ebene des Gesundheitssystems als Ganzes liegen gerade in den entstehenden Netzwerkeffekten: So kann etwa im Zusam-

117 Bernnat et al. (2016).

menspiel von notärztlicher, ambulanter und stationärer Versorgung eine bessere Auslastung aller Leistungserbringer erzielt werden, sofern es gelingt, Patienten koordinierter zu steuern. Dies wird nur durch eine Verknüpfung der einzelnen Datenquellen möglich.

Die Entwicklung von Insellösungen wird jedoch durch öffentliche Förderung digitaler Maßnahmen mitunter sogar vorangetrieben. Dies zeigt beispielsweise das Gesetz zur Stärkung des Pflegepersonals, in dessen Rahmen die Anschaffung digitaler oder technischer Geräte als mögliche Maßnahme zur Entlastung von Pflegekräften kofinanziert wird. Dabei wird aber weder klar spezifiziert, inwieweit bestimmte Lösungen, die tatsächlich einen die Pflegekräfte entlastenden Mehrwert bieten – etwa im Bereich der Dokumentation –, gewählt werden sollen noch wird eine Verstetigung darauf beruhender Dienste oder eine Koordination von Einrichtungen gefördert.

Gleiches gilt für Effizienzsteigerungen entlang des gesamten Versorgungssystems: Nur wenn die Daten patienten- und sektorenübergreifend analysiert werden, können schnellere und effizientere Prozesse auf Seiten der Leistungserbringer, eine bessere Patientensteuerung zur Vermeidung von Mehrfachuntersuchungen, kürzere Wartezeiten und somit für das Gesamtsystem eine signifikante Kostensenkung erreicht werden.

Derzeit fehlt es an einer klaren Digitalstrategie für die medizinische Versorgung, erst recht für eine erweiterte Kooperation mit anderen Bereichen wie der Forschung. Durchgeführt werden individuelle Maßnahmen einzelner Leistungsanbieter und Krankenkassen, die nicht zu einer integrierten Versorgung führen.

3.2. DER MEDIZINISCHE FORTSCHRITT

3.2.1. Potenziale des medizinischen Fortschritts

Unter medizinischem Fortschritt versteht man die im Zeitablauf entstehenden neuen und verbesserten medizinisch-technischen Diagnose- und Behandlungsmethoden.[118] Er führt zu einer besseren (Früh-)Erkennung von Krankheiten, ermöglicht eine bessere Lebensqualität und/oder bietet eine höhere Lebenserwartung und erlaubt es, Krankheiten, die früher als unheilbar galten, zu heilen.[119]

---

118 Gablers Versicherungslexikon: https://www.versicherungsmagazin.de/lexikon/medizinischer-fortschritt-1945926.html; Vgl. folgende Ausführung: Commerzbank (2019).

119 Die Ausführungen zum Themenbereich des medizinischen Fortschritts beschränken sich im Rahmen dieser Studie auf eine knappe Zusammenfassung mit direktem Bezug zur medizinischen Versorgung. Eine ausführliche Analyse zur Situation und Entwicklung im Bereich der medizinischen Forschung wird in einer separaten Studie im Rahmen des MASTERPLAN 2030 vorgenommen.

Als Meilenstein in der medizinischen Forschung gilt die Entschlüsselung des Genoms. Durch die zunehmende Verfügbarkeit von immer schnelleren, höher auflösenderen und teilweise auch kostengünstigeren molekularen Analysen und den immer besseren Möglichkeiten zur Interpretation großer Datenmengen werden immer neue Diagnose- und Behandlungsverfahren entwickelt. Durch gentechnische Veränderungen an Mikroorganismen, Nutztieren oder Pflanzen lassen sich neue Medikamente, sogenannte Biopharmazeutika, herstellen. Diese sollen gezielt in die Vorgänge des Körpers eingreifen. Mit solchen Therapien können Gendefekte behoben bzw. „repariert" werden, sodass Krankheiten künftig wirklich geheilt und nicht nur ihre Ausbreitung gestoppt oder ihre Folgen gelindert werden können. Dies könnte zu einer Revolution im Gesundheitswesen werden.

Ein besserer und strukturierterer Datenaustausch zwischen den Akteuren des Gesundheitswesens sowie die allmählich wachsende Bereitschaft der Menschen, medizinische Messwerte mithilfe von Fitnessarmbändern oder Smartphones zur Verfügung zu stellen, bieten große Möglichkeiten, Informationen über die Gesundheit der Bevölkerung zu sammeln und per Big-Data-Analyse auszuwerten. Die Bereitschaft der deutschen Bevölkerung, ihre Gesundheitsdaten für solche Analysen zur Verfügung zu stellen, ist bislang recht gering, auch wenn sie in den vergangenen Jahren offenbar zugenommen hat. Im Jahr 2015 war nach einer TNS-Infratest-Umfrage im Auftrag des Bundesverbands Digitale Wirtschaft nur jeder siebte Deutsche bereit, Gesundheitsdaten im Gegenzug für von der Krankenkasse bezahlte Vorsorgeuntersuchungen zur Verfügung zu stellen. Nur ein Drittel war damals bereit, sensible Informationen wie Gesundheitsdaten z. B. an die Krankenkasse weiterzugeben.[120] Laut MLP-Gesundheitsreport waren im Jahr 2016 rund 54 Prozent der Deutschen nicht bereit, selbst aufgezeichnete Gesundheitsdaten mit ihrer Krankenkasse zu teilen, wenn dafür ein Teil der Beiträge zurückerstattet würde.[121] Dabei wuchs die Ablehnung mit zunehmendem Alter. Eine Yougov-Umfrage aus dem Jahr 2017 ergab, dass sich rund die Hälfte der Befragten die elektronische Weitergabe der Körperfunktionsdaten an ihren Arzt bei chronischer oder akuter Erkrankung vorstellen könne.[122]

Zudem erschweren Datenschutzbestimmungen den Austausch von Informationen, der zur Nutzung aller Möglichkeiten nötig wäre. So existieren in Deutschland auf dem Gebiet des Gesundheits- und Sozialdatenschutzes neben der Europäischen Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) zahlreiche bereichsspezifische Sondernormen wie etwa die Regelungen in den Sozialgesetzbüchern, den Landeskrankenhausgesetzen oder den Vorschriften kirchlicher Einrichtungen. Wie das Verhältnis dieser spezifischen Normen zur DSGVO zu bewerten ist, ist derzeit ungewiss. Zudem umfasst die DSGVO zahlreiche Rechtsbegriffe, die noch unbestimmt sind, sodass zahlreiche Datenschutzaspekte derzeit noch ungeklärt sind.[123]

120 BVDW (2015).
121 IfD Allensbach (2016).
122 Ärzteblatt (2017).
123 Landes und Kuck (2017).

Hürden gibt es auch auf Seiten der Gesundheitsdienstleister. Viele Unternehmen müssen noch in ihre IT-Infrastruktur investieren, um die technischen Grundlagen für Big-Data-Analysen zu schaffen. Lediglich rund sechs Prozent der Praxen empfangen heute Entlassbriefe digital von den Kliniken, wie das Praxis-Barometer Digitalisierung der KBV zeigt.[124] Der Anteil der Praxen, die Befunde, OP-Berichte oder andere behandlungsrelevanten Informationen mit Krankenhäusern digital austauschen, liegt bei weniger als fünf Prozent. Grundsätzlich erfolgt die Kommunikation mit Kliniken noch immer weitestgehend analog und findet bei knapp 94 Prozent der Praxen mehrheitlich oder nahezu komplett in Papierform statt. Noch immer werden heute also viele Daten im Gesundheitssektor per Brief oder Fax oder über regionale Krankenhausinformationssysteme übermittelt.

Bei der Auswertung von Röntgenbildern könnten intelligente und selbstlernende Systeme den geschulten Blick des Arztes unterstützen. Darüber hinaus müssen heute beispielsweise Pathologen anhand von Mikroskop-Aufnahmen von Gewebeproben eines Krebspatienten entscheiden, wie hoch der Anteil der Zellen mit den relevanten Rezeptoren ist, was wiederum die Auswahl der Medikamente beeinflusst. Würden solche Aufnahmen digitalisiert, könnten sie mithilfe Künstlicher Intelligenz automatisch analysiert werden. Das Risiko von Fehleinschätzungen sinkt dadurch deutlich.

124 Kassenärztliche Bundesvereinigung (2018b).

Kurzfristig wohl das größte Digitalisierungspotenzial besteht in der Medizintechnik. Sie wächst mit der Informationstechnologie sowie mit der Nano- und Biotechnologie zusammen. Die Zusammenarbeit von Mensch und Maschine ermöglicht etwa im Operationssaal völlig neue Eingriffsmethoden.

Mittelfristig könnten computergestützte Verfahren zudem die Suche nach neuen Substanzen und Medikamenten vereinfachen und deutlich effizienter machen. Klinische Studien würden zwar nicht überflüssig, doch könnten intelligente Systeme die Wahrscheinlichkeit von Fehlschlägen deutlich verringern.

Die Personalisierung bringt es außerdem mit sich, dass durch integrierte Anwendungen von Medikamenten und medizintechnischen Produkten die Teilbranchen Pharma- und Medizintechnik näher zusammenrücken. Ein Beispiel dafür ist die Komplementärdiagnostik, die Aussagen ermöglicht, ob eine spezielle medikamentöse Therapie bei einem bestimmten Patienten erfolgversprechend ist oder nicht.

„Diese neuen Wirkstoffe können Fortschritt bedeuten“, sagt der Gesundheitsökonom Jürgen Wasem. „Aber Medikamente wie diese stellen uns vor eine Grundfrage: Wie viel ist die Gesellschaft bereit, für die Hoffnung auf längeres Leben zu zahlen?“[125] Letztlich muss die Gesellschaft diese Fragen beantworten, bevor die geburtenstarken Jahrgänge alt und krank werden. Schon heute kosten Krebstherapien nicht selten mehr als 100.000 Euro pro Patient, auch weil die Entwicklungskosten in den vergangenen Dekaden explodierten. Verursachte die Entwicklung eines neuen Medikaments in den 1970er Jahren Kosten von rund 180 Millionen Dollar, waren es in der ersten Dekade

125 Friedrichs (2016).

dieses Jahrhunderts mehr als 2,5 Milliarden Dollar.[126] Die Preise für Krebsmedikamente sind zwischen 2005 und 2013 um das 35-fache gestiegen. Die Kosten für Behandlungen betragen in Deutschland rund 45 Milliarden Euro im Jahr.[127]

3.2.2. Herausforderungen des medizinischen Fortschritts

Die Diskrepanz zwischen Machbarem und Finanzierbarem wird immer größer; das System droht irgendwann zu kollabieren. Der damalige Präsident der Ärztekammer Jörg-Dietrich Hoppe war im Jahr 2008 einer der Ersten, der aussprach, was als unsagbar galt: In einer „Gesellschaft des langen Lebens" sei nicht jeder medizinische Fortschritt für alle bezahlbar, und der richtige Umgang mit der Mittelknappheit wird zweifellos eine der wichtigsten Herausforderungen für unser Gesundheitswesen."[128] Im Jahr 2011 veröffentlichte der Deutsche Ethikrat sein Gutachten „Nutzen und Kosten im Gesundheitswesen" und forderte die Politik auf, eine Diskussion über „gerechte Verteilungskriterien" für knappe Mittel zu führen[129] - doch passiert ist seitdem wenig.

Bei einer solchen Diskussion müsste freilich beachtet werden, dass der Gesundheitsmarkt kein Markt wie jeder andere ist. Die üblichen Allokationsmechanismen einer Marktwirtschaft sind im Gesundheitsbereich weitgehend außer Kraft gesetzt: Preis und Wettbewerb. Schließlich bezahlt die Gemeinschaft jedem Kranken unabhängig von Einkommen und Vermögen jede zugelassene Behandlung. Dies führt zu Fehlanreizen, da Leistungserbringer, Leistungsempfänger und Leistungsfinanzierer unterschiedliche Interessen haben. So haben Leistungserbringer mitunter eine wirtschaftliche Veranlassung, Leistungen über streng medizinisch intendierte auszuweiten oder bei der Therapiewahl diejenige Therapie mit einer höheren Vergütung zu wählen. Letztlich kann sich das Angebot die Nachfrage selbst schaffen; es kommt zur Überversorgung. Gleichzeitig haben Patienten keinen Anreiz, ihre Nachfrage nach Leistungen einzuschränken, da sie selbst nicht – oder nur in einem sehr geringen Rahmen – an der Bezahlung beteiligt sind. Dies hat zur Folge, dass jeder Patient Gesundheitsleistungen ohne Rücksicht auf die Kosten nachfragt. GKV-Patienten erfahren nicht einmal, wieviel Geld ihre Behandlung gekostet hat, PKV-Patienten zahlen die Rechnungen zunächst zwar selbst und sind somit stärker für Preise in der Gesundheitsversorgung sensibilisiert. Allerdings bekommen sie die Kosten – ab einer eventuellen Selbstbehaltsgrenze – zurückerstattet, wodurch sie die gleichen Moral-Hazard-Anreize haben wie GKV-Patienten.

Ferner gibt es erhebliche Informationsasymmetrien: Der Hersteller eines neuen Präparats versorgt den Arzt mit Informationen. Der Arzt verordnet das Medikament und die Krankenkasse zahlt, ohne dass sie die Möglichkeit hat zu prüfen, welche Leistungen erbracht wurden und ob diese angemessen waren. Erfolgskontrollen oder Qualitätswettbewerb gibt es faktisch nicht.

---

126 European Federation of Pharmaceutical Industries and Associations (2018).
127 Ideal Magazin (2017).
128 Friedrichs (2016).
129 Friedrichs (2016).

Dies ist eng verbunden mit der Frage, was ein fairer Preis für ein Medikament ist und wie er sich zusammensetzt. In Deutschland kann der Hersteller im ersten Jahr nach der Zulassung den Preis für sein neues Mittel frei festlegen. In dieser Zeit wird das neue Medikament vom Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen und dem Gemeinsamen Bundesausschuss bewertet. Nur wenn es einen Zusatznutzen nachweisen kann, darf es nach dem ersten Jahr teurer sein als vergleichbare Therapien gegen dieselbe Erkrankung. Ausgenommen hiervon sind Arzneimittel für seltene Krankheiten.

Hinzu kommt, dass nicht alles, was in der Therapie möglich ist, auch unbedingt sinnvoll ist. Medizinischer Fortschritt entsteht im Wesentlichen im Verbund von Unikliniken und Pharma- und Medizintechnikindustrie.[130] In diesem Verbund werden Innovationen generiert, getestet und anschließend auch der Nutzen bewertet. Das wirft Fragen nach der Anreizkompatibilität auf. Pharma- und Medizintechnikindustrie haben die Gewinnmaximierung zum Ziel. Sie haben die Ressourcen, Innovationen zu entwickeln und auf den Markt zu bringen. Bei der klinischen Bewertung dieser Innovationen geht die Industrie eine Allianz mit den Ärzten an Unikliniken ein, da nur so die Basis für die Nutzenevaluation geschaffen werden kann. Diese Allianz hat freilich nicht zwingend die objektive Wissensvermehrung, sondern die Zulassung einer Innovation zum Ziel. Das kann beispielsweise zu entsprechenden Anpassungen im Studiendesign führen, mahnen Kritiker.[131] Außerdem würden Innovationen ohne wirtschaftliche Erfolgsaussichten, aber mit relevantem Nutzen in Sinne einer Wissensvermehrung nicht weiterverfolgt.

3.2.3. Ethische Fragen

Die Gesellschaft muss eine ganze Reihe ethischer Fragen beantworten, die sich aus dem medizinischen Fortschritt ergeben. So ist es durch Präimplantationsdiagnostik (PID) möglich, Erbkrankheiten und Anomalien der Chromosomen an Embryos zu erkennen. Dies führt heute dazu, dass mehr als die Hälfte der Ungeborenen, die mit einem Down-Syndrom auf die Welt kämen, abgetrieben werden: 68 Prozent, heißt es in einem Sachstandsbericht der Wissenschaftlichen Dienste des Bundestags, allerdings auf Basis einer Studie mit geringen Fallzahlen.[132]

Denkbar ist, dass in Zukunft mithilfe von Genanalysen weitere Anomalien an Föten feststellbar werden. Ende des Jahres 2018 kamen in China offenbar erstmals genmanipulierte Babys zur Welt. Nach eigenen Angaben hatte der chinesische Wissenschaftler He Jiankui mit einem umstrittenen Verfahren die Kinder resistent gegen HIV gemacht.[133] Dies wirft ganz grundlegende Fragen nach dem Wert sich entwickelnden Lebens auf. Heute sind in Deutschland, den USA und vielen anderen Ländern derartige Manipulationen an menschlichem Erbgut verboten, weil die Risiken bisher kaum abschätzbar sind und Veränderungen an nachfolgende Generationen weitergegeben werden. Doch wer

130 Galle (2014).
131 Galle (2014).
132 Rhein-Zeitung (2018).
133 Tagesschau online (2018).

wollte widersprechen, dass es eine große Errungenschaft wäre, wenn Menschen künftig wirklich immun gegen Aids wären? Ist es menschlicher, Gendefekte an einem Embryo zu korrigieren als einen Menschen krank auf die Welt kommen zu lassen und ihn Zeit seines Lebens therapieren zu müssen?

Angesichts der rasanten Kostensteigerungen wird sich überdies früher oder später die Gesellschaft ausführlicher der ethischen Frage stellen müssen, welchen Preis ein Menschenleben hat, beziehungsweise ob alle Leben den gleichen Preis haben. Sollten extrem teure Therapien nur jungen oder reichen Menschen zur Verfügung stehen oder wie lässt sich das implizite Versprechen des deutschen Gesundheitssystems aufrechterhalten, dass jedem Patienten jede zugelassene Therapie zur kostenlosen Verfügung steht?

Gänzlich neue, nicht nur moralische Fragen stellen sich im Zusammenhang mit dem Erheben und Sammeln von Gesundheitsdaten. Wem gehören diese Daten? Kann der Speicherung und Verarbeitung widersprochen werden? Wer ist für die sachgemäße Nutzung und wer für etwaige Fehler verantwortlich? Dürfen Versicherungen oder Arbeitgeber diese Daten abfragen und welche Folgen hat dies für Menschen, die diese Verwendung ablehnen? Dürften beispielsweise Versicherungen Rabatte jenen Kunden gewähren, die freiwillig Gesundheitsdaten übermittelten, so führte dies zwangsläufig zu einer Entmischung von Risiken, da nur gesunde Versicherungsnehmer der Datenweitergabe zustimmen würden. Dem Versicherungsmarkt nach derzeitiger Ausgestaltung würde letztlich die Grundlage entzogen.

Welche gesellschaftlichen Folgen hätte es, wenn jeder Mensch um seine Gene Bescheid wüsste und seine Risiken, frühzeitig an möglicherweise tödlichen Krankheiten zu erkranken, kennen würde? Gibt es ein Recht auf „Nichtwissen“?

Ethische Fragestellungen sind im Gesundheitswesen seit jeher relevant. Die kommenden Jahre werden zu großen Veränderungen in der Versorgung führen. Dabei stellen sich grundlegende Fragen zum Umfang der Versorgung und möglichen Rationierungen, die Digitalisierung bringt neue Möglichkeiten, zugleich auch wieder eine Reihe neuer Fragestellungen mit sich.

Prof. Dr. Karl Lauterbach

Der demografische Wandel ist das zentrale Thema für die deutsche Gesundheitsversorgung in den kommenden Jahren, da er über zwei Kanäle wirkt: Erstens wird die Finanzierung der Gesundheitsversorgung zunehmend schwierig, wenn es einen steigenden Anteil Älterer mit einer hohen Prävalenz chronischer Krankheiten gibt. Zweitens verschärft sich der Fachkräftemangel.

Dieser Mangel ist heute bereits in der Pflege an vielen Stellen zu sehen. Um dem entgegen zu wirken, wird das Berufsfeld in den kommenden Jahren attraktiver für junge Menschen werden müssen. Der Weg dahin führt über eine Reihe von Maßnahmen. Zentral ist die Bezahlung von Pflegekräften. Es wird bessere Tarife geben müssen. Zudem muss die Arbeitsbelastung für das medizinische Personal gesenkt werden. Heute gibt es bereits von vielen Pflegekräften die Rückmeldung, dass sie ihren Beruf grundsätzlich als erfüllend empfinden und gern ausüben, aber überlastet sind. Eine Senkung der Arbeitsbelastung kann neben einer Ausweitung des Personals auch über einen Abbau der Bürokratie erfolgen, da letztere heute viel Zeit in Anspruch nimmt, die dem Pflegepersonal nicht für ihre eigentlichen Aufgaben zur Verfügung steht.

Digitale Hilfsmittel können dabei unterstützen. Es kann zu einer Entbürokratisierung kommen; KI-Verfahren können auch Ärzten dabei helfen, schneller und besser informiert zu entscheiden. Es ist aber auch klar festzuhalten, dass die Digitalisierung im Bereich der Pflege kein Allheilmittel sein kann. Es wird auch künftig immer um den persönlichen Kontakt zwischen Pflegekraft und Patienten gehen. Pflegeroboter etwa, wie sie in anderen Ländern bereits vermehrt im Einsatz sind, werden zukünftig unterstützend wirken können, um die Arbeit von Pfleger/-innen zu erleichtern. Eine Substitution menschlicher Arbeit wird es aber nicht geben.
Zudem sollten Berufsbilder neu strukturiert, Aufstiegschancen ermöglicht und Karrierewege aufgezeigt werden. Durch neu geschnittene Berufsbilder, die etwa durch ein duales Studium unterstützt werden, gibt es Möglichkeiten, solche Karrierewege zu entwickeln.

All diese Maßnahmen zur Verbesserung der Bedingungen für medizinisches Personal setzen daran an, Berufsbilder grundlegend attraktiver zu machen.

Neben dem Fachkräftemangel wird der medizinisch-technische Fortschritt zu einer großen Herausforderung werden: Es werden zunehmend große Fortschritte in der Forschung gemacht, die bei Patienten einen Zugewinn an gesunden Lebensjahren

bewirken können. Viele solcher innovativen Therapien sind hochgradig personalisiert. Die Medizin entwickelt sich gerade zunehmend von Konfektionslösungen zu maßgeschneiderten Therapien, etwa bei Krebstherapien und dem Einsatz von Zelltherapien. Dies ist medizinisch ein großer Fortschritt, allerdings sehr kostspielig. Die Kosten des Gesundheitssystems im Verhältnis zum BIP werden zukünftig deutlich steigen. Es wird zunehmend schwieriger werden, allen Patienten alle medizinischen Innovationen zur Verfügung zu stellen. Dies muss aber gelingen. Es darf in Deutschland keine Zwei-Klassen-Medizin geben; die Gesundheit der Menschen darf nicht von ihrer Bildung oder ihrem Einkommen abhängen.

Eine Möglichkeit, sich auf diese Entwicklung vorzubereiten, ist die Umstellung des Versicherungssystems und die Einführung einer Bürgerversicherung. Alle Versicherten erhalten die gleichen medizinischen Leistungen, Zusatzversicherungen greifen nur für Komfortleistungen wie Ein- oder Zweibettzimmer oder das Essen. Dies garantiert ein hochstehendes Gesundheitssystem für alle Bürger. Die Finanzierung steht auf einer breiten Basis aus Beiträgen, die sich nach dem Einkommen richten, sodass die soziale Gerechtigkeit des Systems erhöht wird. Zudem werden Kapitalerträge und Steuerzuschüsse herangezogen.

Ob mit oder ohne Bürgerversicherung: Eine Rationierung von medizinischen Leistungen darf es in Deutschland niemals geben. Es gibt noch riesige Reserven im System, die gehoben werden können, bevor sich die Frage nach einer Rationierung überhaupt stellt.

In diesem Zusammenhang ist es außerdem wichtig, die medizinische Forschung in Deutschland zu unterstützen. Wenn dies gelingt, relativieren sich die steigenden Kosten der Versorgung, da deutsche Unternehmen ihre Produkte absetzen, Arbeitsplätze geschaffen werden und der Forschungsstandort Deutschland gestärkt wird. Dies wiederum führt zu einer Stärkung der Exportfähigkeit der deutschen Pharmaunternehmen. Es wäre dagegen nicht gut, sich in den Bereichen von pharmazeutischen Erzeugnissen und der Medizintechnik zunehmend von Exporten abhängig zu machen. Die steigenden Ausgaben für die Versorgung würden zu großen Teilen ins Ausland fließen, die deutsche Wirtschaft an einem wichtigen Wachstumsmarkt kaum profitieren.

Der neben der demografischen Entwicklung und dem medizinisch-technischen Fortschritt dritte Bereich, der das Gesundheitssystem in der kommenden Dekade maßgeblich beeinflussen wird, ist die Digitalisierung.

Diese ermöglicht eine deutliche Verbesserung der Versorgung: Heute ist der Informationsfluss im Gesundheitssystem oft langsam und unvollständig, Patientenakten sind lücken- und fehlerhaft, zudem nicht immer und überall verfügbar. Es kommt zu Mehrfachuntersuchungen und -behandlungen sowie Fehlbehandlungen. Eine Digitalisierung von Patientendaten würde dies deutlich verbessern.

Die Digitalisierung von Versorgungsdaten ermöglicht ein besseres Zusammenspiel zwischen Versorgung und Forschung: Wenn es gelingt, anonymisierte Patientendaten in der Forschung nutzbar zu machen, könnten die forschenden Unternehmen mit realen Versorgungsdaten anstatt Abrechnungsdaten arbeiten. Die Forschung würde besser, schneller und effizienter.

Großes Potenzial bietet außerdem die Telemedizin, sowohl im Bereich Monitoring als auch im Bereich Konsultation. Eng verbunden damit ist, dass Patienten deutlich stärker in Therapiewege eingebunden werden können. Durch Apps und Wearables können Patienten stärker an ihren Therapien mitwirken und aktiv zu deren Erfolg beitragen. Es gibt bereits Evidenz in vielen Bereichen, die den Erfolg eines solchen Empowerments zeigt.

Die Chancen der Digitalisierung im Gesundheitswesen sind riesig. Dennoch ist es unbestritten, dass es Herausforderungen gibt, die es zuvor zu meistern gilt. Zunächst sind sehr hohe Investitionen nötig, um das Gesundheitssystem zu digitalisieren. Diese Investitionskosten müssen verteilt werden, es drohen Fehlinvestitionen. Zudem muss der Datenschutz klar und sicher geregelt sein. Gesundheitsdaten sind hochsensibel, das Risiko des Datenmissbrauchs oder auch -verlusts ist groß. Dabei geht es nicht nur darum, vorsätzlichen Missbrauch zu verhindern, auch unbeabsichtigte Datenpannen gilt es zu vermeiden.

Die Schaffung einer solchen Infrastruktur ist in Deutschland sehr schleppend angelaufen, vor allem, weil zwei zentrale Spieler der Selbstverwaltung den Prozess gebremst haben: Ärzte haben sich vor einschneidenden Veränderungen der Praxisorganisation gesträubt, die Krankenkassen wollten die anfallenden Kosten nicht tragen.

Nun wird die Digitalisierung aber mit Verve angegangen: Es ist zu begrüßen, dass das Gesundheitsministerium die Hoheit über die Telematik übernimmt, die Selbstverwaltung aber weiter eingebunden ist, weil man nicht an ihr vorbeiarbeiten kann. Außerdem wurden sanktionsbewehrte Fristen für die Umsetzung eingeführt. So werden bis zum Ende des Jahres 2019 rund 100.000 Praxen an das System der

elektronischen Patientenakte angeschlossen sein. Patienten werden zudem per Smartphone Zugriff auf ihre Daten haben. Eine jahrelange Verzögerung wie bei der Einführung der elektronischen Gesundheitskarte wird es nicht noch einmal geben. Dennoch sind auch mit diesen Maßnahmen noch nicht alle Probleme gelöst. Derzeit kommt es etwa zu einem akuten Fachkräftemangel im Bereich der medizinischen Digitalisierung. Schon heute können viele Krankenhäuser ihre Abläufe nicht digitalisieren, weil ihnen das nötige Personal dafür fehlt.

Auch die Einhaltung strenger Datenschutzvorgaben ist zu garantieren. Genau darin liegt aber neben einer Herausforderung eine große Chance: Gelingt es, ein funktionierendes System nach europäischen Datenschutzvorgaben aufzubauen, kann dies einer Dominanz von US-Plattformen vorbeugen, wie sie sich in anderen Bereichen gebildet hat.

Grundlage dieser Ausführungen ist ein Interview der Autoren mit Prof. Dr. Karl Lauterbach.

Prof. Dr. Lauterbach ist seit 2005 für die SPD Mitglied des Bundestages. Nach einem Studium der Medizin promovierte Lauterbach in Düsseldorf zum Dr. med. und später in Harvard zum Dr. Sc. Im Bereich der Gesundheitsökonomik. Karl Lauterbach war von 1999–2005 Mitglied im Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, 2002/3 Mitglied der Kommission für die Nachhaltigkeit in der Finanzierung der Sozialen Sicherungssysteme (Rürup Kommission). Karl Lauterbach ist einer der prominentesten Gesundheitspolitiker Deutschlands.

HANDLUNGS-OPTIONEN

04

ES BESTEHT HANDLUNGSBEDARF IN DER MEDIZINISCHEN VERSORGUNG. BESTEHENDE DEFEKTE IM SYSTEM MÜSSEN ABGEBAUT, DIE VERSORGUNGSQUALITÄT GESTEIGERT UND DIE FINANZIERUNG LANGFRISTIG SICHERGESTELLT WERDEN.

Auf Grundlage der vorausgegangenen Bestandsaufnahme sowie der Analyse von Herausforderungen und Chancen sollen im Folgenden Handlungsoptionen abgeleitet werden. Diese richten sich an die Politik, deren Aufgabe es ist, die Rahmenbedingungen so zu setzen, dass bestehende Defekte im System abgebaut, die Versorgungsqualität gesteigert und die Finanzierung langfristig sichergestellt werden kann. Dies ist die Grundlage dafür, auch in der kommenden Dekade eine qualitativ hochstehende medizinische Versorgung anzubieten, ohne dass sich die enormen Kostensteigerungen der vergangenen Jahre mit gleicher Geschwindigkeit fortsetzen.

Ob Ökonom, Leistungserbringer, Politiker oder Patient: Wenn man das perfekte Gesundheitssystem planen möchte, würde man kaum beim deutschen System der medizinischen Versorgung landen. Zu groß sind die mit den Jahren entstandenen Defekte und Fehlanreize des Systems, first-best-solutions lassen sich innerhalb der bestehenden Strukturen nicht erreichen. Vielmehr wäre ein „Neustart auf der grünen Wiese“ nötig, um grundlegende Probleme des Systems abzubauen.

Die Umsetzungswahrscheinlichkeit für solch eine Fundamentalreform ist allerdings sehr gering, nicht zuletzt, weil der Übergang zu einem völlig neuen System immense Umstellungsprobleme und -kosten mit sich brächte. Diesem Umstand Rechnung tragend werden in der Folge umsetzungsfähigere Optionen aufgezeigt, mit denen das bestehende System verbessert werden könnte. Diese Optionen zielen darauf ab, das bestehende, historisch gewachsene System der medizinischen Versorgung weiterzuentwickeln und fit oder zumindest überlebensfähig für die kommenden Dekaden zu machen. Die Handlungsoptionen setzen an allen Punkten an, die zuvor als Herausforderungen und Chancen herausgearbeitet wurden.

4.1. INTEGRATION AMBULANTER UND STATIONÄRER VERSORGUNG

Die Optimierung von Patientenströmen ist von herausragender Bedeutung, sowohl für die Senkung von Kosten als auch für die Steigerung der Versorgungsqualität.

Der Anteil ambulanter Operationen ist laut Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen im internationalen Vergleich relativ gering, wenn auch sukzessive ansteigend.[134] Hierfür gelten die zu niedrigen Vergütungssätze im Vergleich zum stationären Bereich als ein entscheidender Grund. Diese intersektoralen Unterschiede in der Leistungsvergütung sind ein wesentliches Hemmnis für eine stärkere Integration der unterschiedlichen Versorgungszweige.[135]

134 Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2012).
135 Albrecht et al. (2018).

Eine verstärkte Integration von ambulanter und stationärer Pflege bedingt demnach eine Reform der Vergütungsstruktur. Dafür gibt es im Wesentlichen zwei Optionen: Ein echter Neustart bei der Finanzierung des Gesamtsystems wäre die Umstellung auf eine Capitation-Finanzierung. In diesem Modell würden (risikoadjustierte) Pauschalen an die Leistungserbringer gezahlt. Innerhalb dieser Pauschalen müsste eine effiziente Versorgung sichergestellt werden – im Zusammenspiel der unterschiedlichen Therapiewege.

Wie in Kapitel 2.2.2.1 diskutiert, erfordert die Umstellung auf eine Capitation-Finanzierung eine präzise Berechnung der Pauschalen. Zudem müssen Qualitäts- und Leistungsstandards definiert werden. Über Modellprojekte ließen sich die theoretischen Möglichkeiten der Capitation-Finanzierung innerhalb des deutschen Gesundheitssystems ausloten. Dabei wäre denkbar, die Capitation-Finanzierung für bestimmte Fälle oder in bestimmten Modellregionen durchzuspielen. Es gibt bereits erste Modellregionen in Deutschland, in denen Praxisnetze organisiert und zum Teil über Pauschalen finanziert sind. Durch die Fortführung und Ausbreitung solcher Ansätze lässt sich eine Basis bilden, um die Funktionalität der Capitation-Finanzierung im deutschen Gesundheitssystem empirisch zu testen. Die empirische Begleitung ist die Grundlage dafür, die erwarteten Effekte einer breiten Nutzung des Modells zu überprüfen und die praktische Ausgestaltung des Capitation-Modells innerhalb des deutschen Gesundheitswesens weiterzuentwickeln.

Als kurz- und mittelfristige Zwischenlösungen bieten sich andere Möglichkeiten an, die Finanzierung der Sektoren anzugleichen. Ein Modellprojekt besteht in den Hybrid-DRGs der Techniker Krankenkasse (TK). Darunter versteht die TK „Fallpauschalen für minderschwere Leistungen, die unabhängig davon, ob sie ambulant oder stationär erbracht werden, in gleicher Höhe vergütet werden“.[136] In dem in Thüringen für einzelne Fallgruppen getesteten Modell bestehen die bisherigen Vergütungssysteme für die ambulante und stationäre Versorgung weiter. Jedoch wird für diese Fälle eine Ergänzung in der direkten Leistungsvergütung geschaffen, um den Einfluss der Vergütung bei der Wahl des Therapiewegs zu beseitigen. Die Bedeutung der deutlich unterschiedlichen Strukturkomponenten ambulanter und stationärer Leistungen wird allerdings ausgeklammert.[137] Die Finanzierung von Fix- und Investitionskosten muss in diesem System durch eine Trennung von Struktur- und Leistungsvergütung im DRG-System sichergestellt werden. Dafür braucht es zwingend die Flankierung über einen weiteren Finanzierungsstrang, etwa eine regelgebundene Finanzierung der Struktur- und Innovationskosten. Dies kann durch die Krankenkassen und -versicherungen erfolgen (monistische Finanzierung) oder durch die öffentliche Hand (duale Finanzierung).

Ebenfalls möglich wäre es, die Fallpauschalen der stationären Versorgung strukturell weiterzuentwickeln. Diese decken bislang lediglich die Kosten für den laufenden Betrieb ab. Mit jeder Behandlung könnte auch der diagnosebezogene Investitionsbedarf anteilig finanziert werden – ähnlich wie dies bei den Vertragsärzten der Fall ist.

---

136 TK (2018).
137 Augurzky, Beivers und Pilny (2018).

Zudem wäre es für eine weitere Integration ambulanter und stationärer Versorgung erforderlich, gleiche Qualitäts- und Dokumentationsstandards zu definieren und anzulegen. Ebenso müsste die Notfallversorgung sowie die Versorgung im ländlichen Raum über eine Regelbildung sichergestellt werden.

Neben einer Umstellung der Finanzierung – durch angeglichene Leistungsvergütungen oder eine Capitation-Finanzierung – könnte die Integration von ambulanter und stationärer Versorgung durch weitere Maßnahmen vorangetrieben werden.

Eine weitgehende Möglichkeit zur Verbesserung der bedarfsgerechten Patientensteuerung wäre die Erweiterung des bestehenden Krankenhausplans um die ambulante Versorgung. Eine bessere Kapazitätsplanung in der ambulanten Versorgung könnte ein sinnvoller Zwischenschritt auf diesem Weg sein.

Im Kern der verbesserten Patientensteuerung steht eine Digitallösung, nämlich die elektronische Patientenakte. Diese kann eine stärkere Verzahnung der einzelnen Leistungserbringer vereinfachen und beschleunigen. Sind alle Daten zentral verfügbar und spielen die Leistungserbringer der verschiedenen Versorgungsstränge alle relevanten Daten zusammen, lassen sich Mehrfachuntersuchungen vermeiden und Therapiewege und Medikationen aufeinander abstimmen. Dadurch würden die Kosten des Systems gesenkt oder teilweise auf die Patienten verlagert. Zudem hätten die Leistungserbringer mehr Zeit für einzelne Patienten.

Der vom Bundesgesundheitsministerium eingeschlagene Weg, die Verbreitung der ePA zentral voranzutreiben und die Leistungserbringer dadurch verstärkt in die Pflicht zu nehmen, ist nachvollziehbar. Schließlich lässt sich die Umsetzung so deutlich beschleunigen. Dieser Ansatz sollte daher weiterverfolgt werden und wenn nötig zusätzlich unterstützt werden, etwa durch Anschubfinanzierungen. Zudem sollten verbindliche Standards für Strukturen und Technik gesetzt werden. In anderen (EU-)Ländern sind bereits Systeme implementiert, an denen sich die deutschen Vorgaben orientieren können. Dabei ist ein deutscher Sonderweg wenig zielführend, da er potenzielle Anbieter von Lösungen vor hohe Hürden stellt.

Zudem bietet sich eine Informationskampagne an, die Leistungsanbietern und Patienten die Scheu vor Neuerungen nehmen kann: Empirische Untersuchungen zeigen, dass digitale Anwendungen wie die ePA bei Leistungserbringern kritisch gesehen werden, da sie hohe Kosten und steigende Bürokratieaufwände befürchten. Bei vielen Patienten überwiegt die Sorge um die Sicherheit ihrer Daten und die Herausforderung im Umgang mit neuer Technik. Solche Befürchtungen müssen bei der Umsetzung berücksichtigt werden. Gleichzeitig ist es empfehlenswert, der dadurch sehr negativ geprägten Diskussion um die ePA – durchaus exemplarisch für andere Formen der Digitalisierung im Gesund-

heitswesen – einen anderen Erzählstrang gegenüberzustellen. Denn bei einer weitgehenden, integrierten Umsetzung der ePA lassen sich für Patienten wie Leistungserbringer viele Vorteile realisieren.

Als Königsweg gilt die Steuerung von Patienten durch einen Fallmanager. Das am weitesten verbreitete Modell ist das Managed-Care-Modell mit dem Hausarzt im Zentrum: Dieses System könnte über verschiedene Wege gestärkt werden. Durch die Abrechnung über Pauschalen (Capitation) kann die Idee des Fallmanagers auch in die Finanzierung übertragen werden. Außerdem könnte der Anreiz zur freiwilligen Teilnahme durch günstigere Versicherungsprämien und Rückzahlungen erhöht werden. Denkbar wären zudem Werbemaßnahmen, ggf. in Verbindung mit Prämien oder Geldgeschenken für Neuteilnehmer. Daneben ist es möglich, ein verpflichtendes Gatekeeping einzuführen, wie es etwa in Großbritannien seit Jahrzehnten praktiziert wird. Dies würde allerdings das Prinzip der freien Arztwahl deutlich beschneiden.

Ein Ansatz der impliziten Verbesserung von Patientenströmen ist die starke Ausbreitung von MVZ in den vergangenen Jahren. Ein Großteil der Zentren bietet allgemeinmedizinische Dienste an, dazu sind verschiedene Fachärzte integriert, sodass eine integrierte Versorgung aus einer Hand möglich ist.

Ein grundsätzliches Problem ist, dass Patienten viele Therapieentscheidungen treffen, obwohl sie unzureichend informiert sind, beispielsweise darüber, welcher Arzt ihre Erkrankung am besten therapieren kann. Außerdem treffen Patienten diese Entscheidung vor dem Hintergrund, dass die Leistungen aus ihrer Sicht kostenlos sind.

So kommt es tendenziell zu schlechten Entscheidungen. Die an ihren Belastungsgrenzen arbeitenden Notfallstationen in den stationären Kliniken sind wohl das prominenteste Resultat dieser Fehlentscheidungen.

Die Wahl des Gesundheitsdienstleisters lässt sich neben den zuvor besprochenen Managed-Care-Modellen auch durch eine bessere Informationsversorgung von Patienten erreichen. So könnte dem Überfluss an ungeprüften Informationen, die heute jedem Patienten über das Internet zur Verfügung stehen, eine koordiniertes Informationsportal der Leistungserbringer gegenübergestellt werden. Dort könnten neben Gesundheitsinformationen auch optimale Anlaufstellen für bestimmte Symptome aufgezeigt und idealtypische Therapiewege nachgezeichnet werden.

Dem Problem der übergroßen Nachfrage könnten finanzielle Beteiligungen der Patienten entgegenwirken. Bereits heute gibt es verschiedene Formen von Zuzahlungsmodellen, etwa für Medikamente und bestimmte Leistungen. Dies ließe sich ausweiten, um Moral-Hazard-Problemen zu begegnen. Dadurch würden die Kosten des Systems gesenkt werden – oder teilweise auf die Patienten verlagert –, zudem hätten die Leistungserbringer mehr Zeit für einzelne Patienten.

Allerdings müssen finanzielle Beteiligungen im Gesundheitswesen sehr genau abgewogen werden: Die Ausgestaltung eines solchen Systems kann zu nicht intendierten Effekten führen, zudem die Statik des Systems deutlich beeinflussen. Das bedeutet konkret: Werden geringe Zuzahlungen gewählt, verfehlen diese tendenziell die erhoffte Wirkung. Weder werden Patienten von medizinisch nicht notwendigen Leistungen abgehalten, noch kommt es zu einer spürbaren Entlastung des Finanzierungssystems. Werden die Zuzahlungen dagegen hoch angesetzt, scheuen Patienten möglicherweise auch medizinisch notwendige Leistungen. Dies würde sich negativ auf die Gesundheit der Patienten auswirken und kann zudem zu Kostensteigerungen führen, wenn aus aufgeschobenen Versorgungen schwere Krankheiten und teure Behandlungen erwachsen.

Zudem führen hohe Zuzahlungen zu einer sozialen Spaltung im Gesundheitswesen, da sie Geringverdiener deutlich stärker treffen. Daher gilt es beim Zuzahlungsmanagement, eine geeignete Kombination aus Höhe der Zuzahlungen, Freibeträgen und möglichen Flexibilisierungen, etwa Einkommensstaffelungen zu berücksichtigen, was das System allerdings komplexer und damit aufwendiger zu administrieren macht.

4.1.1. Stationäre Versorgung

In Deutschland gibt es viele kleine, nicht spezialisierte Häuser, die sich kaum wirtschaftlich betreiben lassen.

Um dies zu ändern, lässt sich an der Krankenhausplanung ansetzen. Zum einen sollte die Anzahl der Häuser insgesamt reduziert werden, um durch Schließungen und Zusammenlegungen von Krankenhäusern sowie verstärkte Spezialisierungen die Effizienz zu steigern und die Versorgungsqualität in den verbleibenden Kliniken zu verbessern. Eine Bereinigung des Marktes sollte somit über das Zusammenspiel mehrerer Charakteristika erfolgen.

- **Qualität;**
- **regionale Verteilung;**
- **Spezialisierung des Angebotes und**
- **wirtschaftliche Tragfähigkeit.**

Die Schließung von Krankenhäusern ist landes- und kommunalpolitisch schwierig, da es für die Bevölkerung betroffener Orte häufig ein emotional aufgeladenes Thema ist. Durch die Krankenhausplanung auf Landesebene wird großer politischer Druck auf die Entscheider aufgebaut, da sie bei Schließungen mit schlechten Umfrage- und Wahlergebnissen rechnen müssen. Dies setzt Fehlanreize. Daher sollte die Krankenhausplanung nicht mehr auf Landesebene durchgeführt werden. Verstärkt wird das Problem der regionalen Fehlplanungen dadurch, dass die Kosten unwirtschaftlicher Häuser verallgemeinert werden können und Defizite öffentlicher Häuser durch die Städte und Kommunen ausgeglichen werden. Diese Form der Subventionierung defizitärer Krankenhäuser sollte beendet werden, um eine substanzielle Verkleinerung der Anzahl von Kliniken erreichen zu können. Ansonsten bleibt der Anreiz für Kommunen bestehen, die Steuerung des deutschen Kliniksektors nach ökonomischen Kriterien zu unterlaufen.

Der bei Weitem größte Anteil an der Krankenhausfinanzierung stammt aus der Leistungsvergütung der Krankenkassen. Somit haben Krankenhausplaner einen politischen Anreiz, bestehende Häuser in Betrieb zu halten, auch wenn sie für eine ausreichende Versorgung nicht zwingend benötigt werden und wirtschaftlich nicht tragfähig sind. Die betroffenen Häuser wiederum haben den Anreiz, die eigene wirtschaftliche Situation zu verbessern, indem das Angebot von relativ hoch vergüteten Therapien und Eingriffen ausgebaut wird. Die Effekte dieser falschen Anreize lassen sich in den hohen und steigenden Kosten des Gesundheitssystems wiederfinden, die von der Allgemeinheit getragen werden.

Eine zentrale und regelgebundene Krankenhausplanung kann diese Fehlanreize abbauen und den Sektor deutlich verschlanken, ohne eine wohnortnahe Versorgung der Bevölkerung zu gefährden. Vorreiter auf diesem Gebiet wie etwa Schweden und Dänemark haben bewiesen, wie man diese Interessen vereinen und dabei Effizienzreserven heben kann.

Eine Integration stationärer und ambulanter Versorgung würde unterstützt, wenn die ambulante Versorgung in diesen Prozess einbezogen wird. Auch im ambulanten Sektor gibt es heute Fehlallokationen, Überversorgungen in urbanen Gebieten, wo Facharztsitze einen großen Wert bekommen, Unterversorgungen in ländlichen Räumen, wo die Versorgung mit Spezial-, zunehmend auch Allgemeinmedizinern nicht mehr gewährleistet werden kann.

Dieser Prozess wird durch den Krankenhausstrukturfonds, der seit 2016 existiert und mit öffentlichen Mitteln Schließungen, Zusammenlegungen oder Umwidmungen von Krankenhäusern fördern soll, bereits implizit unterstützt.

Dies ist ein richtiger Ansatz. Die jüngste Verlängerung bis 2022 ist daher zu begrüßen. Zu hinterfragen wäre vor allem, ob der Finanzrahmen angesichts der hohen Nachfrage nach Fördermitteln ausreichend ist.[138] Zudem gilt es, über eine Evaluation der Maßnahmen die Wirkung zu überprüfen. Dies gilt sowohl hinsichtlich des konkreten Einsatzes der Mittel im Einzelfall und der Wirkung auf die betroffene Region als auch für die Auswirkungen auf die regionale Verteilung von ambulanten und stationären Leistungserbringern. Bei positiver Evaluation kann eine Aufstockung des Krankenhausstrukturfonds ein wichtiger Baustein bei Verschlankung des stationären Sektors sein.

Im Zuge des Umbaus der Versorgungslandschaft sollte auch die Finanzierung der Krankenhäuser überarbeitet werden. Die duale Finanzierung über die Krankenversicherungen (Leistungsvergütung) und Bundesländer (Investitionskosten) funktioniert in der Praxis schon seit Jahren nicht mehr. Die Bundesländer fahren ihre Ausgaben für Investitionen kontinuierlich zurück, wodurch es zu einem massiven Investitionsstau gekommen ist, der die Qualität der Versorgung beeinträchtigt. Gleichzeitig setzt dies wiederum Anreize für die Krankenhäuser, ihre Leistungen auszuweiten und notwendige Investitionen querzufinanzieren.

Die Umstellung auf eine monistische Krankenhausfinanzierung, die eine solche Vermengung von Leistungsvergütung und Investitionsausgaben verhindert und ausreichend Mittel für beides zur Verfügung stellt, wird seit Jahren gefordert. Eine solche Finanzierung aus einer Hand wäre ökonomisch und versorgungspolitisch sinnvoll. So würden die Mittel zentral von den Krankenversicherungen bereitgestellt, sofern man sich nicht für eine grundlegende Finanzierungsreform entscheidet, und etwa nach britischem oder

138 Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2018).

dänischem Vorbild Krankenhausleistungen steuerfinanziert bereitgestellt werden. Dies würde entweder einen Anstieg der Beiträge nach sich ziehen oder müsste über stärkere Steuerzuschüsse aufgefangen werden. Alternativ müsste über Rationierung oder Eigenbeteiligung diskutiert werden.

Da die Umstellung auf eine monistische Finanzierung politisch nicht einfach durchzusetzen ist, gäbe es die Möglichkeit, die Investitionsfinanzierung auch in einem dualen System zu verbessern: So könnten die Bundesländer nach einem festen Schlüssel Investitionszahlungen je Krankenhausbett leisten. In Hessen und Berlin wird dies bereits mit Investitionspauschalen praktiziert, andere Bundesländer fördern noch auf der Basis von Einzelmaßnahmen. Mit einer klaren Investitionsregelung würde nicht nur die Investitionsfähigkeit der Häuser verbessert, auch bekämen die Länder einen Anreiz, ihre Krankenhausplanung zu verbessern, da die Kosten stärker internalisiert würden.

Das Problem, dass Investitionsbedarfe sich nicht objektiv bestimmen lassen, bliebe freilich auch in einem solchen System bestehen. Allerdings gibt es bereits umfangreiche Schätzungen dazu,[139] die zweifellos eine valide Annäherung an eine sinnvolle Höhe der Investitionsmittel geben.

Eine weitere Möglichkeit wäre es, die Krankenkassen stärker in die Finanzierung einzubeziehen, um die Qualität und Effizienz von Einrichtungen zu erhöhen. Ein Weg, dies zu erreichen wäre es, den Kassen die Möglichkeit zu geben, Einzelverträge mit Krankenhäusern zu schließen. So wären zum einen die Finanzierer im verstärkten Austausch mit den Leistungserbringern, wodurch die zuvor beschriebenen Moral-Hazard-Probleme abgeschwächt werden können. Zum anderen fördert es den Wettbewerb sowohl zwischen den Krankenhäusern als auch zwischen den Kassen, die ihren Mitgliedern eine möglichst hochstehende Versorgung anbieten möchten. Dies könnte durch weitere Maßnahmen zur Stärkung des Wettbewerbs zwischen den Krankenkassen verstärkt werden (siehe Kapitel 4.3), damit es nicht zu einem reinen Preiswettbewerb zwischen den Versorgern kommt.

Neben der Finanzierung von Investitionen bietet auch die Leistungsvergütung Optimierungspotenzial. Durch die Einführung des DRG-Systems wurde der Anreiz abgebaut, dass Krankenhäuser Patienten möglichst lange stationär behandeln. Allerdings wurde der eine Fehlanreiz durch einen anderen ersetzt, nämlich die Fallzahlen in vergleichsweise besser vergüteten Fällen zu erhöhen.

Eine Möglichkeit der Weiterentwicklung, die unter anderem von Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2018) in den Vordergrund gestellt wird, ist die Unterscheidung nach Versorgungsstufen im DRG-System, wie es etwa in der

139 Rürup et al. (2008); Augurzky et al (2018).

Schweiz und in Österreich bereits implementiert ist. Dafür sollen Versorgungsstufen in einem empirischen Prozess auf Facharztebene detailliert festgelegt werden, um sowohl regionalen Unterschieden als auch den Spezialisierungen der Einrichtungen Rechnung zu tragen. Der Weg der Herauslösung der Pflege aus den DRGs ist ein Schritt zurück in das Selbstkostendeckungsprinzip.

Zudem sind die DRG-Fallpauschalen vergleichsweise unscharf, da sie neben den reinen Behandlungskosten auch die Betriebskosten mitfinanzieren. Bei einer Weiterentwicklung der Finanzierung und Krankenhausplanung ist daher eine stärkere Trennung von Betriebs- und Fallkosten anzuregen. Auf Grundlage einer verbesserten Krankenhausplanung würden den Kliniken Betriebskostenpauschalen und ausreichende Investitionsbudgets gezahlt, um klar vordefinierte Qualitätscharakteristika zu erfüllen. Eine solche Neuausrichtung des DRG-Systems würde zudem die FDA-Regelung obsolet machen.

Seit einigen Jahren wird die Qualität der Krankenhausversorgung überwacht und durch den zuständigen G-BA kontinuierlich verfeinert. Zwar sollen künftig auch planerische Konsequenzen aus der Qualitätsprüfung folgen, sprich mangelhafte Krankenhäuser geschlossen werden können. Doch ist diese Vorgehensweise sicherlich noch nicht ausgereizt. Es sollten nämlich nicht nur Krankenhäuser mit nicht ausreichender Qualität konsequenter geschlossen werden. Zudem sollten klare Vorgaben zur (Notfall-)Ausstattung eines Krankenhauses verstärkt herangezogen werden. Auf diese Weise würde nicht nur der Markt verschlankt und die Effizienz erhöht, sondern auch die Versorgungsqualität gesteigert. Kliniken, die nicht gut abschneiden, weiter zu betreiben, widerspricht den Patienteninteressen – explizit auf die Qualität der Häuser bezogen und implizit, weil sie Mittel binden, die anderswo fehlen.

In einem deutlich reformierten System stationärer Versorgung sollte zwischen der Spezial- und der Regelversorgung unterschieden werden. Eine verstärkte Spezialisierung der Kliniken ist zu empfehlen. In spezialisierten Kliniken können Mediziner auf einem Gebiet zusammenarbeiten, Spezialtherapien würden nur an ausgewählten Standorten angeboten. Diese Standorte sollten auf dem jeweiligen Gebiet mit einer hochstehenden Infrastruktur ausgerüstet sein. Besonders bei Eingriffen, die mit sinkenden Durchschnittskosten verbunden sind, lassen sich damit Skalenerträge realisieren. Neben der bereits diskutierten Neuordnung des DRG-Systems, die dafür nötig ist, setzt der FDA derzeit Anreize, die einer Spezialisierung entgegenwirken können.

In der Regelversorgung wäre darauf zu achten, dass jedes Krankenhaus ein Mindest-Leistungsspektrum vorhält. Ein relevanter Ansatzpunkt eines solchen Leistungskatalogs sind die Empfehlungen der Leopoldina Akademie aus dem Jahr 2016: Nach denen sollte

jedes Krankenhaus mit „CT (Computertomografie), MRT (Magnetresonanztomografie) und Fachärzten für Innere Medizin/Kardiologie, Allgemeinchirurgie, Unfallchirurgie und Anästhesie/Intensivmedizin, die rund um die Uhr an allen Tagen der Woche verfügbar wären“, ausgerüstet sein.[140]

4.1.2. Zulassung von Leistungen

Die außerordentlich langen Zulassungsverfahren durch die Selbstverwaltung im Gesundheitswesen gelten als zentrales Hemmnis bei der Einführung neuer Versorgungsmöglichkeiten.

Es gilt daher auszuloten, wie diese Prozesse beschleunigt werden können. Die von Bundesgesundheitsminister Spahn im Januar 2019 in die Diskussion gebrachte Verordnungsermächtigung hat die hohe Komplexität sehr deutlich aufgezeigt.

Erfolgversprechender ist daher ein Weg, der die Selbstverwaltung miteinbezieht, zur Beschleunigung aber stärker zentral verantwortet wird. Die Rolle des Gesundheitsministeriums bei der Umsetzung der ePA kann ein möglicher Ansatzpunkt eines solchen Systems sein. Auch der Vergleich mit anderen Ländern, die bei der Zulassung anders aufgestellt sind, bietet sich an. Das Fast-Track-System der US-Zulassungsbehörde gilt in seinen Möglichkeiten aber auch Kritikpunkten als internationale Benchmark.

Nicht zuletzt sollte die Rolle des G-BA grundlegend angegangen werden. Die juristische Beurteilung der Legitimation des G-BA (siehe Kapitel 1.3) ist umstritten. Durch eine politische Neuordnung des Zulassungsprozesses könnte somit nicht nur die Geschwindigkeit des Prozesses, sondern auch die Akzeptanz erhöht werden.

Mit dem Innovationsfonds gibt es bereits einen deutschen Ansatz, der seit 2015 Pilotprojekte sowie deren Evaluierung und den Einbau neuer Versorgungsmöglichkeiten in den Regelprozess fördern soll. Darin liegt zweifellos weiteres Potenzial. Über das Ende der ersten Förderungsphase 2019 hinaus ist eine Verlängerung geplant, mit rund 200 Millionen Euro ist das Budget jedoch recht bescheiden. Hier gibt es fraglos noch Potenzial, das Modell in größerem Rahmen zu nutzen. Voraussetzung ist allerdings ein klarer und evaluierter Prozess der Überführung in den Regelprozess. Ansonsten wird jede Förderung in diesem Bereich als Einzelmaßnahme verpuffen.

140 Deutsche Akademie der Naturforscher Leopoldina e. V. – Nationale Akademie der Wissenschaften, Halle (Saale) (2016).

4.2. REGIONALE VERSORGUNG

Aus Sicht der Patienten ist eine sinnvolle Verzahnung von Klinken, niedergelassenen Ärzten und weiteren Anbietern von Gesundheitsleistungen ein wesentliches Kennzeichen einer guten regionalen Versorgung. Nun lassen sich kleine, wenig spezialisierte Kliniken in dünnbesiedelten Regionen nur selten wirtschaftlich betreiben, vor allem weil die hohen Fixkosten nur auf relativ wenige Patienten umgelegt werden können.

Daher gilt es, bei der Bedarfsplanung sinnvolle Konzepte für das Zusammenspiel der verschiedenen Versorgungsformen zu entwickeln, die dem Spannungsfeld von Wirtschaftlichkeit und Versorgungssicherheit gerecht werden.

Um solche Konzepte realisieren zu können, sollte der Krankenhausstrukturfonds aufgestockt werden. Mit diesen Bundesmitteln sollten einerseits Kliniken restrukturiert und modernisiert, gleichzeitig unter Versorgungsaspekten weniger wichtige Häuser abgewickelt und geschlossen werden. Außerdem sollte die ambulante Versorgung gestärkt und für die Leistungsanbieter attraktiver gemacht werden. Denkbar wären Zuschläge bei der Vergütung, wenn ambulant operiert wird.

Um Video- und Telefondiagnosen zu ermöglichen, müsste das bestehende Fernbehandlungsverbot weiter gelockert werden. Der Beschluss des 121. Ärztetages, der eine Telebehandlung von unbekannten Patienten in Ausnahmefällen zulässt, ist als Schritt in Richtung einer weiteren Öffnung zu werten. Klare Leitlinien für Ärzte und Fachkräfte, in welchen Fällen und Behandlungswegen sie welches Telemonitoring und welche Televersorgungsoptionen zulassen, und wie diese ausgestaltet werden sollten, würde zu mehr Sicherheit bei den Leistungserbringern führen. Mittlerweile haben 15 Bundesländer ihre Berufsordnungen angepasst und damit den Ansatz einheitlicher Richtlinien geschaffen. Gleichwohl bleiben in Details, etwa ob Arzneimittel verschrieben werden dürfen, noch zahlreiche Fragen offen.[141]

Außerdem sollten Ärzte nicht mit den neuen Möglichkeiten allein gelassen werden; Fort- und Weiterbildungen sind hier geboten. Nur so kann Telemedizin großflächig zum Einsatz kommen.

Perspektivisch denkbar wäre, dass in Regionen mit schlechter medizinischer Versorgung jeder Bewohner rund um die Uhr via Internet in Kontakt mit einem Arzt oder Sanitäter treten kann. Bei Risikopatienten könnten Sensoren Daten über wichtige Körperfunktionen direkt zu einem Telemediziner senden, der sich dann selbst an den Patienten wenden oder einen Rettungswagen alarmieren könnte. Wichtige Voraussetzung dafür wären neben entsprechenden Gesundheitsinstitutionen stabile Internetverbindungen in den betroffenen, meist ländlichen Regionen.

---

141 Krüger-Brand (2019b).

Perspektivisch vorstellbar wäre überdies, die Selbstverwaltung im Gesundheitswesen zu lockern. Die Ziele der Vereinigungen von Ärzten, Apothekern, Krankenhäusern und Krankenkassen sind selten deckungsgleich mit den Interessen von Politik und Bevölkerung nach einer möglichst guten und flächendeckenden medizinischen Versorgung. In überversorgten Regionen müssten Anbieter eine Kassenzulassung kaufen – und zwar nicht vom bisherigen Praxisinhaber, sondern von einer staatlichen Institution bzw. vom G-BA. Mit diesem Geld ließen sich dann Subventionen für jene Anbieter finanzieren, die sich in unterversorgten Regionen niederlassen. Das Angebot, das eine vorgegebene Leistung mit dem geringsten Subventionsbetrag erbringt, erhielte den Zuschlag.

Nordrhein-Westfalen hat Ende 2018 als erstes Bundesland eine Landarztquote verabschiedet und reserviert einen Teil seiner Medizin-Studienplätze für Studierende, die sich verpflichten, nach Ende ihres Studiums für zehn Jahre in einer unterversorgten Region zu arbeiten. Vertragsverletzungen werden mit Geldbußen von 250.000 Euro sanktioniert. Andere Bundesländer bereiten ähnliche Regeln vor. Da die Medizinerausbildung etwa zehn Jahre dauert, sind von solchen Maßnahmen zumindest kurzfristig keine Erfolge zu erwarten. Wie viele dieser Studenten später tatsächlich in ländlichen Regionen praktizieren werden, ist zumindest umstritten.

Nicht zuletzt muss die Gesellschaft auch eine ganz Reihe von ethischen Fragen beantworten, die sich aus dem medizinischen Fortschritt ergeben. So ist es beispielsweise denkbar, dass in Zukunft mit Hilfe von Genanalysen Anomalien an Föten feststellbar werden. Angesichts der explodierenden Kosten etwa in der Krebstherapie gilt es, die Frage nach dem eines Menschenlebens zu beantworten, beziehungsweise ob alle Leben den gleichen Preis haben. Sollten extrem teure Therapien nur jungen oder reichen Menschen zur Verfügung stehen oder wie lässt sich das implizite Versprechen des deutschen Gesundheitssystem aufrechterhalten, das jedem Patienten jede zugelassene Therapie zur kostenlosen Verfügung steht? Diese Fragen sollte eine möglichst breite und überparteiliche Ethikkommission umfassend diskutieren und letztlich für die Gesellschaft beantworten – und zwar möglichst bevor die rasante Alterung der Gesellschaft echte Rationierungen im Gesundheitssystem unausweichlich macht.

4.3. FINANZIERUNGSBASIS

Im Zuge der voranschreitenden Digitalisierung dürfte es zu einer weiteren Substitution von Arbeit durch Kapital kommen, da sich durch den technologischen Fortschritt die Faktorpreisrelationen zu Lasten des Faktors Arbeit verschieben. Zahlreiche Arbeitsplätze werden also sehr wahrscheinlich vernichtet, weil die Tätigkeiten von selbstlernenden

Maschinen zuverlässiger und kostengünstiger durchgeführt werden können. Zwar werden auch viele neue Arbeitsplätze entstehen. Allerdings spricht einiges dafür, dass viele dieser Arbeitsplätze keine klassischen Vollzeitarbeitsverhältnisse sein werden, sondern eher als freiberufliche Tätigkeit ausgeführt werden. Dies führt langfristig zu einer Erosion der lohnzentrierten Finanzierungsbasis der gesetzlichen Sozialversicherungen, da als Folge der informationstechnologischen Transformation die sozialversicherungspflichtige Beschäftigung abnimmt.

Eine Bruttowertschöpfungsabgabe, bei der als Bemessungsgrundlage nicht nur die gezahlten Löhne und Gehälter, sondern die gesamte von einer inländischen Betriebsstätte eines Unternehmens erwirtschaftete Wertschöpfung dient, könnte eine mögliche Reformoption sein. Zwar kamen Berechnungen aus den 1980er Jahren[142] zu dem Ergebnis, dass eine solche Abgabe negative Auswirkungen auf Beschäftigung und Investitionen haben würde. Eine aktuelle Analyse zeigt jedoch, dass Investitionen und Beschäftigung nicht negativ betroffen wären, wenn man die geänderte Struktur der deutschen Volkswirtschaft berücksichtigt.[143]

Eine andere Möglichkeit, dem Rückgang der Lohnquote bei einer lohnzentrierten Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung zu begegnen, könnte eine Ko-Finanzierung über einen Bundes- beziehungsweise Steuerzuschuss sein. Dies sollte allerdings wie in der gesetzlichen Rentenversicherung regelgebunden und dynamisiert erfolgen, da die Politik dazu neigt, solche Mittel Haushaltszielen oder konjunktur-

142 Vgl. unter anderem Rürup (1986); Löffelholz (1983).
143 Huchzermeier und Rürup (2018).

politischen Erfordernissen unterzuordnen.[144] Zuvorderst könnten so anfallende Leistungsausgaben für gesamtgesellschaftliche Aufgaben wie Schwangerschaft und Geburt oder die Mitversicherung von Kindern kompensiert werden.

Ein weiteres Ergebnis der Expertenbefragung ist, dass Selbstbehalte im gesetzlichen Krankenversicherungsbereich, wie sie bereits in der zahnmedizinischen Versorgung bestehen, zukünftig zunehmen werden. Dies wird spätestens dann der Fall sein, wenn sich die bislang noch recht günstige finanzielle Lage der Krankenkassen und des Gesundheitsfonds aufgrund der demografischen Entwicklung zunehmend verschlechtern wird. Die befragten Experten sind der Auffassung, dass durch einkommensunabhängige (Zusatz-)Beiträge der Wettbewerb auf der Finanzierungsseite gestärkt wird. Die Abschaffung der von Anfang 2004 bis Ende 2012 erhobenen Praxisgebühr wird dementsprechend von den Experten als Fehler bezeichnet. Selbstbehalte sind aber nicht nur zur Stärkung der Finanzierungsbasis der gesetzlichen Krankenversicherung sinnvoll, sondern insbesondere auch dort, wo es zu Ineffizienzen im System kommt. Dies ist beispielsweise bei Doppeluntersuchungen beziehungsweise bei der Einholung von Zweit- oder Drittmeinungen der Fall.

Zudem ist die Förderung von Wettbewerb in den Krankenversicherungen ein Thema, das bereits seit Jahren auf der politischen Agenda steht und in mehreren Schritten auch schon ausgebaut wurde. Der Gesetzentwurf zum „Faire-Kassenwahl-Gesetz“ vom März 2019 sieht nun vor, die noch bestehenden Wechselbarrieren zwischen den regionalen Allgemeinen Ortskrankenkassen (AOK), den geöffneten Betriebskrankenkassen (BKK) und den Innungskrankenkassen (IKK) aufzuheben und alle Krankenkassen bundesweit für alle Versicherten zugänglich zu machen. Damit würden auch weitere Fusionen unter den Kassen begünstigt, womit noch vorhandene Effizienzpotenziale gehoben werden könnten und sich die Anzahl der Krankenkassen weiter verringern dürfte.

Allerdings geht es auch in diesem Gesetzentwurf wieder nur um die Stärkung des Kosten- und Preiswettbewerbs. Ein echter Leistungswettbewerb findet bislang kaum statt, da mehr als 95 Prozent der Leistungen gesetzlich vorgeschrieben sind. Hier befindet sich noch erhebliches Potenzial, das bislang noch nicht ausreichend adressiert wurde. Der Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenkassen könnte unter diesem Gesichtspunkt einmal auf den Prüfstand gestellt werden, um den Wettbewerb zu intensivieren. Noch deutlicher wären die Effekte eines kombinierten Leistungs- wie Preiswettbewerbs, etwa, indem mehr Leistungen von den Krankenkassen individuell als zuzahlungspflichtig eingestuft würden (siehe auch Kapitel 4.1).

Gleichzeitig soll ein neues Haftungssystem im Falle des Konkurses einer Kasse eingeführt werden. Vor allem aber soll – im Interesse eines fairen und effizienten Wettbewerbs

144 Albrecht et al (2013).

zwischen den einzelnen Kassen – der Risikostrukturausgleich auf eine neue, zielgenauere Grundlage gestellt werden.

Solche Maßnahmen zur Intensivierung des Kassenwettbewerbes sind zu begrüßen, weitere Schritte denkbar. Den Krankenkassen könnte die Möglichkeit eingeräumt werden, Einzelverträge mit Leistungserbringern zu schließen. Die Kassen würden so nicht nur – jeweils in engen bis sehr engen Grenzen – über den Preis und den Leistungsumfang, sondern auch über die Qualität der Leistungsbringer konkurrieren, die von den Versicherten konsultiert werden können. Eine solche Regelung hätte auch wettbewerbssteigernde Effekte auf die Leistungserbringer, da sie sich dem Wettbewerb mit anderen stärker stellen müssten und bei unzureichender Qualität keine Verträge mit den Versicherungen bekämen.

Möglich wäre es zudem, dass Verbände aus Kassen und Leistungserbringern gefördert werden oder es Leistungserbringern ermöglicht wird, in einem Capitation-Modell Kassenfunktionen mit zu erfüllen.

Vor dem Hintergrund steigender Kosten und einer erodierenden Finanzierungsbasis der gesetzlichen Krankenversicherung wird zudem die Frage nach der steuerlichen (Mit-)Finanzierung der medizinischen Versorgung dringlicher werden. Die Finanzierung der Krankenkassen erfolgt zum Teil aus Steuermitteln über den sogenannten „Bundeszuschuss“, der seit 2017 auf jährlich 14,5 Milliarden Euro festgeschrieben ist. Darüber

werden „versicherungsfremde Leistungen“ finanziert, also Leistungen, die in das originäre Aufgabengebiet des Staates fallen, allerdings an die gesetzlichen Krankenkassen übertragen werden. Darunter fallen heute etwa Leistungen für Mutterschaft und Schwangerschaft oder die beitragsfreie Familienversicherung. Höhe und Zweckbindung der Steuermittel waren bis zur Festschreibung im Jahr 2017 volatil. Um die Finanzierungsbasis des Systems zu verbreitern und Verlässlichkeit zu gewährleisten, ist die Festschreibung zu begrüßen. Es sollte in den kommenden Jahren allerdings evaluiert werden, inwieweit dieser fixe Betrag langfristig ausreicht, um die avisierten Aufgaben zu erfüllen.

Zudem ist eine partielle Kapitaldeckung der Krankenkassen ein Weg, die Finanzierungsbasis zu verbreitern. Bei privaten Krankenversicherungen findet dies bereits statt. Die Probleme, die die Unternehmen im Zuge der Niedrigzinsphase haben, zeigen zwar, dass eine solche Kapitaldeckung nicht ohne Risiken ist. Doch im Zusammenspiel mit den Beiträgen der Versicherten und einer steuerlichen Teilfinanzierung kann dies ein weiterer Baustein einer breiten und diversifizierten Finanzierungsbasis der Krankenkassen sein.

Selbst wenn es gelingt, die Kosten der medizinischen Versorgung in den kommenden Jahren zu senken – zumindest die Größenordnung der Kostensteigerungen zu begrenzen –, dürfte das Finanzierungssystem unter Druck geraten. Daher sollte die Politik die Beitragsentwicklung evaluieren, vor allem die Belastungen im Bereich von Niedriglohnempfängern. Neben der Möglichkeit von Freibeträgen sollte sich die Politik in den kommenden Jahren auch mit der Frage auseinandersetzen, den Bundeszuschuss zu einem festen, nicht zweckgebundenen Beitrag umzubauen.

4.4. FACHKRÄFTEMANGEL

Der Fachkräftemangel ist bereits heute eine Herausforderung in weiten Teilen des Gesundheitswesens – über Regionen, Träger und Berufsgruppen hinweg.

Im Bereich der Gesundheitsberufe stehen seit Jahren zwei Themen im Zentrum der Diskussion. Die Entlohnung der Fachkräfte sowie die Arbeitsbelastung werden als zentrale Treiber identifiziert, die das Berufsbild zunehmend unattraktiv machen.[145] An der Entlohnung ließe sich zwar leicht und schnell etwas ändern. Allerdings würde dies die Finanzierung des Systems vor eine Belastungsprobe stellen. Das Herauslösen von Pflegekräften aus der DRG-Vergütung ist ein Ansatz, eine verbesserte Entlohnung von Pflegekräften zu ermöglichen. Die Umsetzung sollte allerdings kritisch hinterfragt werden, da es zum einen nur einen Teil des Personals im Gesundheitswesen betrifft, zum anderen Fehlanreize gesetzt werden können.[146]

145 Vgl. u. a. Augurzky und Kolodziej (2018).
146 Zu einer ausführlicheren Diskussion siehe Kapitel 4.4..

Die Folgen der Digitalisierung auf den Personalbedarf sind umstritten. Während es durchaus Hoffnung gibt, dass etwa durch den Einsatz von Pflegerobotern der Personalaufwand gesenkt werden kann, sehen die meisten Praktiker und Analysten in solchen Entwicklungen eher eine Unterstützung als eine Substitution von Menschen in der Pflege. Dies bedeutet aber nicht, dass digitale Lösungen nicht auch im Bereich der Arbeitsentlastung relevant sein können.

Bürokratie und Dokumentation nehmen einen bedeutenden Teil der Arbeitszeit von Ärzten und Fachkräften ein. Gerade im Praxisalltag ist die handschriftliche Dokumentation noch sehr weit verbreitet.[147] Dadurch wird die Arbeitsbelastung erhöht und die verfügbare Zeit für die eigentliche Versorgung reduziert. Standardisierte und teils automatisierte Dokumentationsmöglichkeiten, etwa für die ePA, können diesen Aufwand reduzieren und die Arbeitsbelastung im Gesundheitswesen senken.

Erheblicher Verwaltungsaufwand wird zudem durch die Kontrollen des MDK verursacht. Zwar ist eine grundsätzliche Kontrollmöglichkeit der Krankenkassen sicher notwendig. Doch stellt sich angesichts von 2,77 Millionen Krankenhausabrechnungsprüfungen[148] im Jahr 2017 die Frage nach dem richtigen Maß und einem angemessenen Kosten-Nutzen-verhältnis. Mit dem Entwurf zum MDK-Reformgesetz vom 3. Mai 2019 will das Bundesgesundheitsministerium diese Praxis ändern.

Zentraler Eckpfeiler des Gesetzentwurfs ist, die Medizinischen Dienste in eine unabhängige Körperschaft umzuwandeln und sie damit von den Kranken- und Pflegekassen zu entkoppeln. So soll Unabhängigkeit und Objektivität der Prüfungen gestärkt werden. Zudem sollen die Prüfquoten an den Anteil der korrekten Rechnungen gekoppelt werden. Zuverlässige Rechnungssteller sollen also faktisch belohnt werden.

Die Karrieremöglichkeiten sind in weiten Teilen des Gesundheitswesens gering, da die einzelnen Tätigkeiten klar den jeweiligen Berufen zugeordnet sind. Würden einfachere ärztliche Tätigkeiten auf speziell geschulte medizinische Fachkräfte übertragen, so würden diese Fachberufe aufgewertet. Zudem könnte die Arbeit sinnvoller verteilt und Arbeitsabläufe besser organisiert werden. Das Modell der „Clinical Nurses“, in dem Pflegekräfte Aufgaben übernehmen, die vorher ausschließlich von Ärzten verrichtet wurden, kann hier ein zukunftsweisendes Modell sein. In anderen Ländern, etwa den USA oder den Niederlanden, ist dieses Modell bereits im Einsatz.[149]

Um ein solches System zu etablieren, müssten die Berufsbilder stärker aufgefächert und womöglich auch akademisiert werden. Das würde die Berufe aufgrund besserer Karrieremöglichkeiten zwar attraktiver machen. Gleichzeitig würden aber auch einige Berufsanfänger ausgeschlossen, weil sie den höheren Anforderungen nicht gewachsen sind. Der

147 Kassenärztliche Bundesvereinigung (2018b); Bitkom (2017).
148 MDS (2018).
149 Augurzky und Kolodziej (2018); Bundesärztekammer und Kassenärztliche Bundesvereinigung (2017).

Gesamteffekt wäre also unklar. Denkbar wäre es daher, einen neuen, einen FH-Abschluss erfordernden Beruf zu etablieren, der zwischen den Pflegern und den Ärzten angesiedelt wäre.

Ein solcher Beruf könnte ein Beitrag zur Lösung ganz verschiedener Herausforderungen des Gesundheitssystems sein: Bessere Karrieremöglichkeiten mit höherer Bezahlung, Entlastung der Ärzte und damit eine Chance, drohende Versorgungslücken in ländlichen Regionen teilweise zu schließen.

Ein bereits seit langem gewählter Weg ist die Zuwanderung von Fachkräften in den deutschen Gesundheitssektor. Neben der Zuwanderung aus den EU-Staaten gibt es auch vermehrt Bestrebungen, Arbeitskräfte aus Drittstaaten zu gewinnen.[150] Das Ende 2018 ins Gesetzgebungsverfahren eingebrachte Fachkräfteeinwanderungsgesetz ist ein Schritt dahin, Einwanderern aus Drittstaaten die Integration in den deutschen Arbeitsmarkt zu erleichtern, indem die Regeln zur Arbeitssuche im Inland neugeregelt werden und ausländische Berufsqualifikationen vermehrt anerkannt werden.

Die Integration von Fachkräften in den deutschen Arbeitsmarkt ist allerdings nur ein erster Schritt. In der Folge müssen die Fachkräfte auch in den Versorgungseinrichtungen integriert und mit den Besonderheiten des deutschen Gesundheitssystems vertraut gemacht werden, wie etwa dem Zuschnitt von Aufgabenbereichen, Dokumentationsanforderungen und nicht zuletzt Deutschkenntnissen.

Nicht zuletzt bei dieser Integration ist die Zusammenarbeit von Teams mit professionellen (Pflege-)Kräften und Hilfskräften in sogenannten Skill-Mix-Modellen möglich. Durch die Zusammenarbeit kann die Belastung von Pflegekräften gesenkt werden.

---

150 Bundesministerium für Gesundheit (2018b).

4.5. DIGITALISIERUNG

Würden alle Möglichkeiten, die digitale Anwendungen schon heute bieten, konsequent genutzt, könnten die Patienten deutlich besser und komfortabler versorgt werden. Zudem wäre die Arbeitsbelastung in vielen medizinischen Berufen deutlich geringer.

Dafür ist allerdings ein koordiniertes Handeln nötig: Sowohl bei der Implementierung von Lösungen, als auch, wenn es darum geht, die großen Herausforderungen dieses Prozesses zu überwinden.

Wo kein Wille, da ist auch kein Weg – daher gilt es an erster Stelle, die Interessen aller Beteiligten zu bündeln und zu koordinieren. Das deutsche Gesundheitssystem ist streng reguliert und reglementiert, die Politik und einzelne Interessengruppen haben spezifische, genau definierte Rollen innerhalb des Systems, die eng verzahnt sind. Wird nur an einem Zahnrad gedreht, kann dies zu unerwünschten Folgen an ganz anderer Stelle führen. Digitalisierung kann nur gelingen, wenn sie oben beginnt und nach unten weitergereicht wird. Ansonsten droht das System an inkompatiblen Insellösungen zu zerbersten. Die Politik muss daher die Führung in diesem Prozess übernehmen, so wie es jetzt das Bundesgesundheitsministerium getan hat.

Gleichzeitig treibt das Ministerium jedoch in der konkreten Umsetzung noch immer eine Reihe von unkoordinierten Initiativen voran, die keinem klaren Zielbild folgen. Ein klarer Zielkatalog wäre sicher nützlich. Darin sollte definiert werden, welche Ziele mit der Digitalisierung in verschiedenen Feldern verfolgt werden sollen, also beispielsweise Patientensicherheit, Versorgungsqualität und -reichweite und Effizienzsteigerung. Dabei gilt es auch auf mögliche Rückkopplungen und Zielkonflikte zu achten, die bei einer Umsetzung auftreten können.

So können beispielsweise konkrete Standards und Umsetzungsschritte definiert und realistische und messbare Zeitpläne für die Mitwirkung der Spitzenverbände und die Umsetzung aufgestellt werden.

Nicht zuletzt kann über eine solche Roadmap, die Anwendungen und Vorteile deutlich benennt, auch der mitunter schlechte Ruf von digitalen Anwendungen unter den Patienten verbessert werden.[151]

151 Vgl. Thiel et al. (2018).

4.5.1. Digitale Infrastruktur

Wie bei vielen Infrastrukturprojekten in Deutschland gibt es auch bei der Telematik-Infrastruktur zahlreiche Probleme, die den Startschuss deutlich verzögert haben.

Die Gematik ist als zentrale Institution für den Aufbau der Infrastruktur zuständig. Allerdings sind die Spitzenverbände gleichrangig an dieser Gesellschaft beteiligt, was angesichts der teils sehr unterschiedlichen Interessen nicht selten zur Blockade von zentralen Entscheidungen führte.

Dass das Gesundheitsministerium nun die Koordinierung an sich gezogen hat, ist ein Schritt, der künftige Entscheidungsprozesse womöglich beschleunigen kann. Denn nur unter einer zentralen Führung, die auf messbare Umsetzungsschritte ausgerichtet ist, kann eine verzahnte und kompatible Infrastruktur geschaffen werden.

4.5.2. Koordination

Um umsetzungsfähige Infrastruktur und Prozesse zu erreichen, sollten die Selbstverwaltungsorgane einbezogen werden. Nach den bisherigen Erfahrungen bei der Entwicklung der Infrastruktur und der Einführung der eGK ist es allerdings nicht empfehlenswert, die Selbstverwaltung vollständig mit diesem Prozess zu betrauen, da unterschiedliche Interessen ansonsten eine gemeinsame Standardsetzung erschweren oder gar unmöglich machen. Schnellere Ergebnisse sind fraglos durch eine zentrale Behörde zu erreichen.

Dies gilt auch und besonders für eine einheitliche Sicherheitsinfrastruktur. Die Anforderungen an die IT-Sicherheit sind naturgemäß hoch. Verteuert werden die Sicherheitsanforderungen nicht zuletzt dadurch, dass es noch keine einheitlichen Konzepte gibt. Besonders in diesem Bereich sollten Standards etabliert werden. Diese Sicherheitslösungen könnten dann auch durch öffentliche Mittel gefördert werden.

4.5.3. Fachkräfteunterstützung

Nicht nur das System an sich, auch die darin agierenden Fachkräfte müssen auf die Digitalisierung vorbereitet werden. So kann zwar die Umstellung auf eine digitale Dokumentation in Krankenhäusern Ärzte und Pfleger von zeitaufwendigen, manuellen Dokumentationsaufgaben entlasten. Gleichzeitig gibt es jedoch auch Sorgen, dass die Arbeitsbelastung zunehmen könnte und technische Lösungen zu komplex sein könnten. Ein ähnliches Bild ergibt sich in der ambulanten Versorgung. Ein großer Teil der Ärzte sieht fehlende Technikkenntnisse oder fehlenden Glauben an die Vorteile der Digitalisierung als Gründe dafür, dass sie keine digitalen Lösungen anbieten.[152] Wie bei allen technischen Neuerungen gilt es, die eigentlichen Nutzer mit Informations- und Weiterbildungsveranstaltungen zunächst von den Vorzügen digitaler Tools zu überzeugen und sie dann mit deren Umgang zu schulen.

In größeren Unternehmen wie Klinken oder MVZs können Fort- und Weiterbildungen intern, genau auf die Abläufe des eigenen Hauses zugeschnitten, angeboten werden. Für kleinere Praxen sind standardisierte Informationsveranstaltungen eine Option. So könnte der Umgang mit digitalen Tools ein Teil der obligatorischen Ärztefortbildung werden.

152 Kassenärztliche Bundesvereinigung (2018b).

VERWENDETE QUELLEN UND LITERATUR

Ärzteblatt (2017): Deutsche offen für digitale Übermittlung von Gesundheitsdaten, 17.07.2017.

Albrecht, M., Al-Abadi, T. (2018): Perspektiven einer sektorenübergreifenden Vergütung ärztlicher Leistungen – Vergütungsunterschiede an der Sektorengrenze und Ansatzpunkte zur Entwicklung sektorenübergreifender Vergütungsformen, Studie für das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland, Berlin, Juni 2018.

Albrecht, U.-V. (Herausgeber) (2016): Chancen und Risiken von Gesundheits-Apps (CHARISMHA), Medizinische Hochschule Hannover, 2016.

Albrecht, M., Sander, M., Schiffhorst, G., Loos, S., Anijs,J., Rürup, B. (2013): Gerecht, nachhaltig, effizient – Studie zur Finanzierung einer integrierten Krankenversicherung, Gutachten im Auftrag der Bertelsmann Stiftung in Kooperation mit Verbraucherzentrale Bundesverband.

Anthony, T., Stalinski, S. (2018): Weniger Notaufnahmen, mehr Qualität. Tagesschau.de, 19.4.2018.
https://www.tagesschau.de/inland/notaufnahmen-stufenmodell-101.html [abgerufen am 2.4.2019]

AOK Bundesverband (2017): Zahlen und Fakten 2017.

Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e. V. (AWMF) (2018): Stellungnahme der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) zum Vorbericht des Instituts für Qualität und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG): „Planungsrelevante Qualitätsindikatoren – Prüfung der Ableitung aus Richtlinien zur Strukturqualität und Mindestmengenregelungen“ vom 19.02.2018.

Arnetz, J., Almin, I., Bergström, K., Franzen, Y., Nilsson, H. (2004): Active Patient Involvement in the Establishment of Physical Therapy Goals: Effects on Treatment Outcome and Quality of Care. Advances in Physiotherapy, 2004.

Ash A., Ellis R., Pope G., Ayanian J., Bates D., Burstin H., Iezzoni L., MacKay E., Yu W. (2000) Using diagnoses to describe populations and predict costs. Health Care Finance Rev. 2000 Spring; 21 (3): 7–28.

Augurzky, B., Beivers, A., Pilny, A. (2018): Krankenhäuser in privater Trägerschaft 2018. RWI-Materialien, Heft 122.

Augurzky, B., Kolodziej, I. (2018): Fachkräftebedarf im Gesundheits- und Sozialwesen 2030. Gutachten im Auftrag des Sachverständigenrates zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung. RWI – Leibniz-Institut für Wirtschaftsforschung. Oktober, 2018.

Augurzky, B., Krolop, S., Pilny, A., Schmidt, C., Wuckel, C. (2018): Krankenhaus Rating Report 2017. RWI-Leibniz-Institut für Wirtschaftsforschung, Institute for Healthcare Business GmbH, Deloitte. 2017.

Augurzky, B., Beivers, A., Straub, N., Veltkamp, C. (2014): Krankenhausplanung 2.0. Endbericht zum Forschungsvorhaben des Verbandes der Ersatzkassen e. V. (vdek). RWI-Materialien Heft 84, Dezember 2014.

Balmberger, T., Hohls, J. (2014): Grundsätze der Krankenhausfinanzierung. Institut für betriebswirtschaftliche und arbeitsorientierte Beratung.

BDO AG Wirtschaftsprüfungsgesellschaft Deutsches Krankenhausinstitut e. V. (2014): Ländliche Krankenhausversorgung heute und 2020.

Beck, K. (2013): Die Capitation-Finanzierung in der Schweiz: Praktische Erfahrungen. GGW, Jg. 13, Heft 2 (April).

Beckert, B. (2017): Ausbaustrategien für Breitbandnetze in Europa: Was kann Deutschland vom Ausland lernen? Fraunhofer Institut für System- und Innovationsforschung (ISI). Bertelsmann Stiftung.

Bernnat, R., Blachetta, F., Bauer, M., Bieber, N., Poerschke, K., Solbach, T. (2016): Weiterentwicklung der eHealth-Strategie. PwC Strategy& (Germany) GmbH, Studie im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit.

Bitkom (2017): Digital Health: Ärzte sind offen für die digitale Zukunft der Medizin. 8. Juni 2017.

BMF (2018): Über- und Fehlversorgung in deutschen Krankenhäusern: Gründe und Reformoptionen.

Bork, U., Weitz, J., Penter, V. (2018): Apps und Mobile Health: Viele Potenziale noch nicht ausgeschöpft, Deutsches Ärzteblatt, 2018, 115 (3).

Breyer, F. (2012): Legale und illegale Wege zu einer Bürgerversicherung, Wirtschaftsdienst 92, S. 655 - 658.

Buck C., Oesterle S., Kessler T., Eymann T. (2018): Gesundheits- und Fitness-Apps – Fluch oder Segen für das Gesundheitswesen?. In: Pfannstiel M., Da-Cruz P., Rasche C. (eds) Entrepreneurship im Gesundheitswesen I, Springer Gabler, Wiesbaden, 2018, S. 293–306.

Bundesärztekammer (2017): Ärztestatistik zum 31.12.2017.

Bundesärztekammer und Kassenärztliche Bundesvereinigung. (2017): Physician Assistant – Ein neuer Beruf im deutschen Gesundheitswesen.

Bundesagentur für Arbeit (2019): Jahresrückblick 2018 – Arbeitsmarkt entwickelte sich weiter sehr gut. Presseinfo Nr. 2, 4.1.2019.

Bundesagentur für Arbeit (2018a): Statistik/Arbeitsmarktberichterstattung, Berichte: Blickpunkt Arbeitsmarkt – Fachkräfteengpassanalyse, Nürnberg, Dezember 2018.

Bundesagentur für Arbeit (2018b): Statistik der Bundesagentur für Arbeit – Berichte: Blickpunkt Arbeitsmarkt – Arbeitsmarktsituation im Pflegebereich, Nürnberg, Mai 2018.

Bundesagentur für Arbeit (2016): Fachkräfteengpassanalyse – Juli 2016.

Bundesministerium für Gesundheit (2019): Entwurf eines Gesetzes für bessere und unabhängigere Prüfungen – MDK-Reformgesetz. Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit.

Bundesministerium für Gesundheit (2018a): Krankenhausfinanzierung. 26.9.2018. https://www.bundesgesundheitsministerium.de/krankenhausfinanzierung.html [abgerufen am 13.3.2019]

Bundesministerium für Gesundheit (2018b): Antworten auf die Fragen der Bild am Sonntag. https://www.bundesgesundheitsministerium.de/presse/interviews/interviews/bams-01072018.html [abgerufen am 8.4.2019]

Bundesverband Digitale Wirtschaft e. V. (BVDW) (2015): Jeder siebte Deutsche zu Weitergabe von Gesundheitsdaten im Gegenzug für bezahlte Vorsorgeuntersuchungen bereit. Pressemitteilung 17.11.15.

Christiansen, T., Vrangbaek, K. (2017): Hospital Centralization and Performance in Denmark – Ten Years on. Health Policy 122, 2018.

Commerzbank (2019): Branchenbericht Pharma/Medizintechnik

Destatis (2019a): Pressemitteilung Nr. 029 vom 25.01.2019: Schätzung für 2018: Bevölkerungszahl auf 83,0 Millionen gestiegen.

Destatis (2019b): Pressemitteilung Nr. 163 vom 29.04.2019: Wie lange brauche ich bis zum nächsten Krankenhaus?

Destatis (2019c): Pressemitteilung Nr. 001 vom 02.01.2019: Jahr 2018: Anstieg der Erwerbstätigen setzt sich fort.

Destatis (2019d): Pressemitteilung Nr. 024 vom 18. 01. 2019: Schnelles Internet bei Unternehmen: Deutschland 2018 weiter im EU-Mittelfeld.

Destatis (2017): 13. Aktualisierte koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung, März 2017, Variante 2A.

Deutsche Akademie der Naturforscher Leopoldina e. V. – Nationale Akademie der Wissenschaften, Halle (Saale) (2016): Zum Verhältnis von Medizin und Ökonomie im deutschen Gesundheitssystem – 8 Thesen zur Weiterentwicklung zum Wohle der Patienten und der Gesellschaft.

Dohmen, A., Fiedler, M. (2015): Ökonomisierung im Gesundheitswesen: Betriebswirtschaftlicher Erfolg als Unternehmensziel. Deutsches Ärzteblatt 2015; 112 (9).

European Federation of Pharmaceutical Industries and Associations (Efpia) (2018): The Pharmaceutical Industry in Figures. Key Data 2018.

Feldwisch-Drentrup, H. (2016): Scharfe Kritik an schnellen Zulassungen der FDA. Deutsche Apotheker Zeitung, 18.1.2016.

Friedrichs, J. (2016): Der Preis der Hoffnung. Zeitmagazin Nr. 2/2016, 25. Januar 2016.

Fries, J. (1980): Aging, Natural Death and the Compression of Morbidity. New England Journal of Medicine 1980, 303 (3).

Fricke, A. (2018): Pflegepersonal-Stärkungsgesetz: Der Teufel steckt im Detail. Ärzte Zeitung Online, 11.7.2018.
https://www.aerztezeitung.de/politik_gesellschaft/pflege/article/968147/lob-kritik-pflegepersonal-staerkungsgesetz-teufel-steckt-detail.html [abgerufen am 26.3.2019]

Galle, P. (2014): Das Dilemma des medizinischen Fortschritts, FAZ 17.09.2014.

Gassner, U., Holzner, T. (2017): Rechtsgutachten zu verfassungsrechtlichen Legitimation des G-BA, Endbericht im Auftrag des Bundesministerium für Gesundheit, 30.08.2017.

Gemeinsamer Bundesausschuss (2018): des Gemeinsamen Bundesausschusses gemäß § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser (Mindestmengenregelungen, Mm-R).

Gnirke, C. (2018): Aufstand der Pfleger. Spiegel Online, 11.2.2018.
http://www.spiegel.de/wirtschaft/unternehmen/deutschland-pflegekraefte-in-krankenhaeusern-kaempfen-mit-streiks-fuer-mehr-personal-a-1191190.html [abgerufen am 2.4.2019]

Göpffarth, D., Kopetsch, T., Schmitz, H. (2016): Determinants of Regional Variation in Health Expenditures in Germany. Health Economics 25 (7).

Greenfield, S., Kaplan, S., Ware, J. (1985): Expanding Patient Involvement in Care – Effects on Patient Outcomes. Annals of Internal Medicine. May 1985.

Grill, M., Kempmann, A. (2019): Spahn will über Therapien entscheiden. Tagesschau.de, 22.2.2019.
https://www.tagesschau.de/inland/spahn-therapie-entscheidung-101.html [abgerufen am 17.4.2019]

Gruenberg, E. (1977): The Failures of Success. The Milbank Quarterly, Dec. 83 (4).

Haas, P. (2017): Elektronische Patientenakten. Einrichtungsübergreifende Elektronische Patientenakten als Basis für integrierte patientenzentrierte Behandlungsmanagement – Plattformen. Bertelsmann Stiftung.

Hase, F. (2017): Die Rechtssetzung des Gemeinsamen Bundesausschusses im System des Leistungserbringerrechts der gesetzlichen Krankenversicherung: Normbildung durch die Selbstverwaltung bei externer Dynamik des gesundheitlichen Versorgungsgeschehens, Gutachten im Auftrag des Gemeinsamen Bundesausschusses, 25.09.2017.

Heger, D. (2016): Längere Lebensdauer: Gesunde oder kranke Jahre? Die Lebenserwartung für ältere Jahrgänge steigt an und geht mit zunehmenden Einschränkungen bei

Alltagsaktivitäten einher. RWI Impact Notes 148925. RWI – Leibniz-Institut für Wirtschaftsforschung.

Hentschker, C., Mennicken, R., Reifferscheid, A., Thomas, D., Wasem, J., Wübker, A. (2016): Der kausale Zusammenhang zwischen Zahl der Fälle und Behandlungsqualität in der Krankenhausversorgung. RWI Materialien 101.

Heymann, E., Körner, K. (2018): Digitale Infrastruktur: Engpässe hemmen Europa. EU-Monitor: Digitale Ökonomie und struktureller Wandel. Deutsche Bank Research. 28.09.2018.

Huchzermeier, D., Rürup, B. (2018): Auswirkungen des Ersatzes der lohnbezogenen Arbeitgeberbeiträge zur Sozialversicherung durch eine an der Bruttowertschöpfung orientierte Finanzierungsbeteiligung, Gutachten im Auftrag des Deutschen Instituts für Altersvorsorge, Dezember 2018.

Ideal Magazin (2017): Die sechs teuersten Krebsmittel. 27. Februar 2017. https://www.ideal-versicherung.de/magazin/die-6-teuersten-krebsmedikamente/ [abgerufen am 18.3.2019]

Integrating the Healthcare Enterprise (IHE) (2019): Sicherstellen der Interoperabilität im eigentlichen Sinn: IHE Deutschland e. V. bemängelt proprietäre Verwendung internationaler Standards in aktueller ePA-Spezifikation. Öffentliche Stellungnahme.

Institut für Demoskopie Allensbach (IfD) (2016): MLP Gesundheitsreport 2016.

Jacob, R., Kopp, J., Fellinger, P. (2019): Berufsmonitoring Medizinstudierende. 3. Welle 2018. Ergebnisse einer bundesweiten Befragung. Universität Trier.

Juurlink, D., Mamdani, M., Koop, A., Laupacis, A., Redelmeier, D. (2000): Drug-Drug Interactions Among Elderly Patients Hospitalized for Drug Toxicity. Journal of the American Medical Association, April 2, 2003 – Vol. 289, No. 13.

Karlsson, M., Klohn, F. (2014): Testing the Red Herring Hypotheses on an Aggregated Level: Ageing, Time-to-Death and Care Costs for Older People in Sweden. European Journal of Health Economics 15 (5).

Kassenärztliche Bundesvereinigung (2018a): Medizinische Versorgungszentren Aktuell: Statistische Informationen zum Stichtag 31.12.2017, 2018.

Kassenärztliche Bundesvereinigung (2018b): Praxisbarometer Digitalisierung: Stand und Perspektiven der Digitalisierung in der vertragsärztlichen und psychotherapeutischen Versorgung. Wissenschaftlich begleitet und durchgeführt von IGES.

Kingreen, T. (2017): Optionen zur Stärkung der demokratischen Legitimation des Gemeinsamen Bundesausschusses im Recht der gesetzlichen Krankenversicherung, Rechtsgutachten im Auftrag des Bundesministerium für Gesundheit, September 2017.

Kluth, W. (2017): Rechtsgutachten – Verfassungsrechtliche Legitimation des Gemeinsamen Bundesausschusses, Gutachten im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit, Halle (Saale), Dezember 2017.

Kluth, W. (2015): Rechtsgutachten zur verfassungsrechtlichen Beurteilung des Gemeinsamen Bundesausschusses (GBA) nach § 91 SGB V, erstellt im Auftrag des Gemeinsamen Bundesausschusses, Halle (Saale), März 2015.

Krüger-Brand, H. (2019a): E-Health: Ideen gesucht für die Patientenakte. Deutsches Ärzteblatt 2019; 116 (16).

Krüger-Brand, H. (2019b): Fernbehandlung: Noch viel Regelungsbedarf. Deutsches Ärzteblatt 2019; 116 (19).

Kumar, A. Schoenstein, M. (2013): Managing Hospital Volumes: Germany and Experiences from OECD Countries. OECD Health Working Papers, No. 64, OECD Publishing, Paris.

Landes, K., Kuck, K. (2017): Gesundheitsdatenschutz unter der Datenschutzgrundverordnung (DSGVO). Legal Update Datenschutz. Görg Wirtschaftskanzlei. Köln, 20.12.2017.

Laxy, M., Holle, R. (2014): Intensive Einbindung lohnt – Selbstmanagement der Patienten. Deutsches Ärzteblatt, 16.5.2014.

Löffelholz, H. (1983): Struktureffekte einer „Maschinensteuer“. Eine Modellanalyse zur Umbasierung des Arbeitgeberanteils an den Sozialversicherungsbeiträgen, RWI-Mitteilungen. Berlin Jahrgang 34, 3, 1983.

Loos, S., Albrecht, M., Schiffhorst, G., Ochmann, R., Möllenkamp, M. (2016): Faktencheck Krankenhausstruktur: Spezialisierung und Zentrenbildung. IGES, Bertelsmann Stiftung.

Manpower Group (2015): Studie Fachkräftemangel 2015 – Deutsche Wirtschaft muss Aufträge ablehnen.

Marrs, K. (2007): Ökonomisierung gelungen, Pflegekräfte wohlauf? WSI Mitteilungen 9/2007.

McKinsey & Company (2018): Digitalisierung im Gesundheitswesen: Die Chancen für Deutschland. Digital McKinsey in Kooperation mit Bundesverband Managed Care e. V., Oktober 2018.

Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e. V. (MDS) (2018): In Kürze: Die Arbeit der Medizinischen Dienste: Zahlen, Daten, Fakten 2017.

Meijer, C., de Wouterse, B., Polder, J., Koopmanschap, M. (2013): The Effect of Population Aging on Health Expenditure Growth: A Critical Review. European Journal of Ageing. 10 (4).

OECD (2018): Health at a Glance: Europe 2018. State of Health in the EU Cycle. November 2018.

OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2017): Deutschland: Länderprofil Gesundheit 2017, State of Health in the EU. OECD Publishing.

Ostwald, D., Legler, B., Schwärzler, M. (2015): Untersuchung der ökonomischen Bedeutung der Gesundheitswirtschaft in Hamburg. Studie im Auftrag der Gesundheitswirtschaft Hamburg GmbH.

Prognos (2015): Arbeitslandschaft 2040: Eine vbw-Studie, erstellt von der Prognos AG. Mai 2015.

Reifferscheid, A., Pomorin. N., Wasem, J. (2015): Ausmaß von Rationierung und Überversorgung in der stationären Versorgung. Deutsche medizinische Wochenschrift 2015.

Rhein-Zeitung (2018): Der optimierte Mensch. 11.08.2018.

RKI (2015): Gesundheit in Deutschland 2015. https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsGiD/2015/09_gesundheit_in_deutschland.pdf?__blob=publicationFile [abgerufen am 12.3.2019]

Richter, C. (2018): Wenn das Krankenhaus schließt.. Strukturabbau in Sachsen-Anhalt. Deutschlandfunk Kultur, 2.3.2018.
https://www.deutschlandfunkkultur.de/strukturabbau-in-sachsen-anhalt-wenn-das-krankenhaus.1001.de.html?dram:article_id=412058 [abgerufen am 13.3.2019]

Rürup, B., Albrecht, M., Igel, C., Häussler, B. (2008): Umstellung auf eine monistische Finanzierung von Krankenhäusern. Expertise im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit.

Rürup, B. (1986): Strukturpolitische Aspekte eines Wertschöpfungsbeitrags, Gutachten im Auftrag der SPD-Fraktion des Deutschen Bundestages, Darmstadt, Februar 1986.

RWI – Leibniz-Institut für Wirtschaftsforschung (2018): Notfallversorgung in Deutschland. Projektbericht im Auftrag der Kassenärztlichen Bundesvereinigung. April 2018.

RWI – Leibniz-Institut für Wirtschaftsforschung (2017): Stand und Weiterentwicklung der Investitionsförderung im Krankenhausbereich – Endbericht. Gutachten im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit. 6. Dezember 2017.

Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2018): Bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung. Gutachten 2018.

Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2012): Wettbewerb an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Gesundheitsversorgung, Sondergutachten 2012, Bonn, Juni 2012.

Seshamani, M., Gray, A. (2004): Ageing and Health-Care Expenditure: The Red Herring Argument Revisited. Health Economics 13(4).

Scott, I., Hilmer, S., Reeve, S., Potter, K., Le Couteur, D., Rigby, D., Gnjidic, D., del Mar, C., Roughead, E., Page, A., Jansen, J., Martin, J. (2015): Reducing Inappropriate Polypharmacy: The process of Deprescribing. JAMA Internal Medicine, 175 (5), 827-834: ISSN 2168-6106.

Tagesschau online (2018): Genmanipulierte Babys geboren? 26.11.2018.
https://www.tagesschau.de/ausland/babys-geklont-101.html.

Techniker Krankenkasse (TK) (2018): Krankenhausversorgung 2020 – Positionen der Techniker Krankenkasse für Niedersachsen.

Thelen, P. (2018): In Deutschland droht ein Ärztemangel – trotz Mediziner-Schwemme. Handelsblatt Online, 29.3.2018. https://www.handelsblatt.com/politik/deutschland/gesundheitssystem-in-deutschland-droht-ein-aerztemangel-trotz-mediziner-schwemme/21127004.html [abgerufen am 25.3.2019]

Thiel, R., Deimel, L., Schmidtmann, D., Piesche, K., Hüsing, T., Rennoch, J., Stroetmann, V., Stroetmann, K. (2018): #SmartHealthSystems – Digitalisierungsstrategien im internationalen Vergleich. Empirica, Bertelsmann Stiftung. November 2018.

Uhlmann, B. (2015): In der Medizinfabrik. SZ-Gesundheitsforum: 12.3.2015. https://www.sueddeutsche.de/gesundheit/finanzierung-der-kliniken-in-der-medizinfabrik-1.2389118 [abgerufen am 2.4.2019]

Wille, E. (2009): Stärkung der Wettbewerbsorientierung durch Ausweitung der selektivvertraglich organisierten Gesundheitsversorgung. In: Rürup, B., IGES Institut GmbH, DIW Berlin e.V./DIW econ GmbH, Wille, E.: Effizientere und leistungsfähigere Gesundheitsversorgung als Beitrag für eine tragfähige Finanzpolitik in Deutschland. Forschungsvorhaben für das Bundesministerium der Finanzen.

Wille, E. (2013): Wege zur Einbeziehung der strukturierten Behandlungsprogramme (DMPs) in die integrierte Versorgung, Gutachten im Auftrag der Deutschen Gesellschaft für Integrierte Versorgung im Gesundheitswesen e. V. (DGIV), Mannheim, April 2013.

Wissenschaftliche Dienste des Deutschen Bundestages (2007): Soziale Marktwirtschaft und Gesundheitswesen. WD9 – 061/07.

Wissenschaftliche Dienste des Deutschen Bundestages (2018a): Einzelfragen zum Verhältnis von gesetzlicher und privater Krankenversicherung. WD9 – 3000 – 060/17.

Wissenschaftliche Dienste des Deutschen Bundestages (2018b): Argumente für und gegen eine „Bürgerversicherung“. WD9 – 3000 – 058/17.

Wissenschaftlicher Beirat beim Bundesministerium der Finanzen (2018): Über- und Fehlversorgung in deutschen Krankenhäusern: Gründe und Reformoptionen. April 2018.

Wong, A., van Baal, P., Boshuizen, H., Polder, J. (2011): Exploring the Influence of Proximity to Death on Disease-Specific Hospital Expenditures: A Carpaccio of Red Herrings. Health Economics 20(4).

Wübker, A. (2018): Herausforderungen im Gesundheitswesen in Regionen mit sinkenden Bevölkerungszahlen. Wirtschaftsdienst 5, 2018.

ZM Online (2019): Kritik an ePA-Spezifikation der gematik. https://www.zm-online.de/news/nachrichten/kritik-an-epa-spezifikation-der-gematik/ [abgerufen am 16.05.2019]

Zweifel, P., Felder, S., Meiers, M. (1999): Ageing of Population and Health Care Expenditure: A Red Herring? Health Economics 8(6).

Rechtlicher Hinweis

Die vorstehenden Angaben und Aussagen stellen keine Anlage-, Rechts- oder Steuerberatung dar. Die verwendeten Daten stammen aus unterschiedlichen Quellen und wurden als korrekt und verlässlich betrachtet, jedoch nicht unabhängig überprüft; ihre Vollständigkeit und Richtigkeit sind nicht garantiert, und es wird keine Haftung für direkte oder indirekte Schäden aus deren Verwendung übernommen, soweit nicht durch grobe Fahrlässigkeit oder vorsätzliches Fehlverhalten unsererseits verursacht.

Alle Meinungen können ohne vorherige Ankündigung und ohne Angabe von Gründen geändert werden. Die vorstehenden Aussagen werden lediglich zu Informationszwecken des Auftraggebers gemacht und ohne darüber hinausgehende vertragliche oder sonstige Verpflichtung zur Verfügung gestellt.

Soweit in vorstehenden Angaben Prognosen oder Erwartungen geäußert oder sonstige zukunftsbezogene Aussagen gemacht werden, können diese Angaben mit bekannten und unbekannten Risiken und Ungewissheiten verbunden sein. Es kann daher zu erheblichen Abweichungen der tatsächlichen Ergebnisse oder Entwicklungen zu den geäußerten Erwartungen kommen. Neben weiteren hier nicht aufgeführten Gründen können sich insbesondere Abweichungen aus der Veränderung der allgemeinen wirtschaftlichen Lage, der Entwicklung der Finanzmärkte und Wechselkurse sowie durch Gesetzesänderungen ergeben.

Das Handelsblatt Research Institute verpflichtet sich nicht, Angaben, Aussagen und Meinungsäußerungen zu aktualisieren.

Es gelten die Allgemeinen Geschäftsbedingungen des Handelsblatt Research Institute.

Impressum

Die Zukunft der medizinischen Versorgung
Eine Studie im Rahmen des MASTERPLAN 2030

Dr. Jan Kleibrink, Dennis Huchzermeier, Axel Schrinner
Unter wissenschaftlicher Leitung von
Prof. Dr. Dr. h. c. Bert Rürup

Studienpate: Asklepios Kliniken GmbH & Co. KGaA

Herausgeber:
Handelsblatt Research Institute
Toulouser Allee 27
D-40211 Düsseldorf
+49 (0)211/887-1100
www.handelsblatt-research.com

Verlag:
Handelsblatt Fachmedien GmbH
Toulouser Allee 27
D-40211 Düsseldorf
Tel.: 0800/000-1637, Fax: 0800/0002959
http://www.fachmedien.de
hbfm-kundenservice@de.rhenus.com

ISBN:
978-3-947711-06-2 (Print)
978-3-947711-07-9 (eBook)
978-3-947711-08-6 (Bundle aus gedruckter Ausgabe und eBook)

Bilder: iStockphoto.com

Layout und Satz: Handelsblatt Research Institute – Isabel Rösler & Christina Wiesen

Druck: Grafisches Centrum Cuno GmbH & Co. KG, Gewerbering West 27, 39240 Calbe (Saale)

Dieses Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwendung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig und strafbar. Dies gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

© 2019 Handelsblatt Fachmedien GmbH
http://www.fachmedien.de
info@fachmedien.de

Printed in Germany
Juni 2019

Bibliografische Informationen der Deutschen Nationalbibliothek: Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibiografie; detailierte bibliografische Daten sind im Internet abrufbar über http://www.d-nb.de.

DIE ZUKUNFT DER MEDIZINISCHEN VERSORGUNG

Eine Studie im Rahmen des MASTERPLAN 2030

Das Gesundheitssystem in Deutschland steht in der kommenden Dekade vor großen Herausforderungen. Angesichts der Alterung der Gesellschaft und des medizinisch-technischen Fortschritts gilt es zu gewährleisten, dass das ohnehin schon teure System finanzierbar bleibt, ohne dass die Qualität leidet und ohne Gesundheitsleistungen zu rationieren. Dies wird nur gelingen, wenn alle Interessengruppen an einem Strang ziehen. So muss die Politik die Rahmenbedingungen so setzen, dass bestehende Fehlanreize im System abgebaut werden. Dies gilt etwa für die Planungen und Finanzierungen im stationären und ambulanten Sektor. Gleichzeitig muss in die digitale Infrastruktur investiert werden. Durch Normen und Standards können Insellösungen vermieden werden.

Die Studie gibt einen umfassenden Überblick über Chancen und Herausforderungen im Bereich der medizinischen Versorgung in Deutschland und entwickelt auf dieser Grundlage ein Lastenheft für notwendige Strukturreformen.

Autoren: Dr. Jan Kleibrink, Dennis Huchzermeier, Axel Schrinner
Unter wissenschaftlicher Leitung von Prof. Dr. Dr. h. c. Bert Rürup

www.handelsblatt-research.com

Handelsblatt RESEARCH INSTITUTE

Verlag:
Handelsblatt FACHMEDIEN
www.fachmedien.de

ISBN: 978-3-947711-06-2

19,99 €