



FRANKFURTER FORUM ■ DISKURSE

Geld und Gesundheit – Patientennutzen zählt



Heft 28
Oktober 2023
ISSN 2190-7366

FRANKFURTER FORUM
für gesellschafts-
und gesundheitspolitische
Grundsatzfragen e.V.



Eine Auflistung früherer Diskurs-Hefte des Frankfurter Forums und der dort behandelten Themen findet sich am Heftende. Alle Hefte sind online abrufbar unter <http://frankfurterforum-diskurse.de>

Ziele

Das Frankfurter Forum für gesellschafts- und gesundheitspolitische Grundsatzfragen will zentrale Fragen in der Gesellschafts- und Gesundheitspolitik mit führenden Persönlichkeiten aus Politik, Wissenschaft und Gesellschaft diskutieren und versuchen, darauf Antworten zu geben. Die unterschiedlichen ethischen, medizinischen, ökonomischen, politischen und rechtlichen Standpunkte sollen transparent und publik gemacht werden. Anregungen und Handlungsempfehlungen sollen an die Entscheider in Politik und Gesundheitssystem weitergegeben werden, um so an dessen Weiterentwicklung mitwirken zu können.



Heft 28
Oktober 2023
ISSN 2190-7366

FRANKFURTER FORUM
für gesellschafts-
und gesundheitspolitische
Grundsatzfragen e.V.

Inhalt

Patientenwohl versus Finanzinteresse: Wohin entwickelt sich unser Gesundheitssystem? 4

Geld und Gesundheit – Patientennutzen zählt

ANDREAS SCHMID

Krankenhausreform und iMVZ – Versorgungs- und Geschäftsmodelle im Lichte aktueller Entwicklungen 8

JÜRGEN ZERTH

Sozialunternehmen zwischen Klientenwohl, Zielerfüllung und wettbewerblicher Orientierung 16

STEFAN HUSTER

Rechtlicher Rahmen der neuen Versorgungsrealität – Forderungen und Umsetzungsfragen 26

MARTIN ALBRECHT

Wo steht die Ambulantisierung – und wie geht es weiter? 32

JÖRG F. DEBATIN

Transformation der ambulanten Medizin: Neue Rollen für Ärzte und Träger 42

Neue Versorgungsmodelle im Fokus: Qua vadis, Patientenwohl? 48

Patientenwohl versus Finanzinteresse: Wohin entwickelt sich unser Gesundheitssystem?

DR. REGINA KLAKOW-FRANCK, PROF. DR. H.C. HERBERT REBSCHER, PROF. DR. VOLKER ULRICH



Seit der Einführung des DRG-Systems ist die sogenannte Ökonomisierung der Medizin ein Dauerthema in der gesundheitspolitischen Debatte. Zwar wünscht sich niemand mehr die Zeiten tageseiglicher Pflegesätze zurück – zu offensichtlich waren die überlangen stationären Verweildauern. Gleichwohl wurde schon sehr früh auf Risiken des Fallpauschalensystems durch ökonomische Fehlanreize hingewiesen. All die prognostizierten unerwünschten Effekte sind dann auch eingetreten (exorbitante Mengenausweitung, Schließung eigentlich bedarfsnotwendiger Fachabteilungen wie zum Beispiel Kinder- und Jugendmedizin, Personalabbau insbesondere in der Pflege, uvm.), ohne dass die Mehrheit der Krankenhäuser wirtschaftlich gesünder dastehen würde als vorher.

Gleichzeitig stellt die stationäre Versorgung in Deutschland unverändert den mit Abstand größten Ausgabenblock dar mit einer der weltweit höchsten Krankenhausedichte, obwohl alle Zeichen eigentlich in Richtung einer „Ambulantisierung der Medizin“ weisen. Kaum zehn Jahre nach der Fallpauschalen-Einführung ergab die stationäre Versorgung in Deutschland das Bild einer kollektiven Erschöpfung in einem Erlös-getriebenen, sich immer schneller drehenden Hamsterrad, in dem das Patientenwohl auf der Strecke bleibt.

Angesichts dieser Entwicklung sah sich der Deutsche Ethikrat 2016 zu einer Stellungnahme „Patientenwohl als ethischer Maßstab für das Krankenhaus“ veranlasst. Hierin geht der Deutsche Ethikrat nicht nur auf die Fehlanreize des DRG-Systems und die Schiefstände aufgrund der dualen Finanzierung ein, sondern beleuchtet insbesondere auch die Trägerstruktur im stationären Sektor: Parallel zur Einführung des Fallpauschalensystems entwickelten sich Krankenhäuser in privater Trägerschaft von einem „Nischenprodukt“ zu einem bedeutenden Träger mit immer größer werdendem Marktanteil. Speziell von Vertretern der Ärzteschaft wurde die „Privatisierungswelle“ für die „Ökonomisierung der Medizin“, für einen auf Rendite statt auf Patientenwohl ausgerichteten Paradigmenwechsel in der stationären Versorgung verantwortlich gemacht.

Tatsache ist, dass private Einrichtungen durch verschiedene unternehmerische Faktoren (wie z. B. professionelles Management, größere Entscheidungsgeschwindigkeit, höherer gezielter Kapitaleinsatz) offenbar besser und schneller auf die veränderten Rahmenbedingungen reagieren konnten als kommunale und freigemeinnützige Einrichtungen. Die Annahme, Krankenhäuser in privater Trägerschaft würden zur Gewinnmaximierung „Rosenpickerei“ betreiben, hält einer näheren Betrachtung nicht stand (der Schweregrad der Erkrankungen sowie

das Alter der Patientinnen und Patienten ist in privaten Krankenhäusern nicht geringer als in öffentlichen oder freigemeinnützigen Häusern).

Gleichwohl wird das Narrativ der Ökonomisierung der Medizin durch private Investoren weiter kultiviert, als hätten sich nicht längst schon alle Krankenhausträger marktwirtschaftlich aufgestellt und Tochter-Gesellschaften gegründet oder sind, wie z. B. die Charité und andere Uniklinika, komplett in Konzerne umgewandelt worden. Die Frustration, Demotivation und Abwanderung des ärztlichen und pflegerischen Personals ist hier nicht geringer als in privaten Krankenhaus-Ketten.

„Um den wirtschaftlichen Druck auf möglichst viele Behandlungsfälle zu senken“, empfiehlt die in dieser Legislaturperiode eingesetzte „Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung“, die Kliniken nach drei neuen Kriterien zu honorieren: Vorhalteleistungen, Versorgungsstufen und Leistungsgruppen. Das Problem des Investitionsstaus, der in einem immer größer werdenden Umfang durch die DRG-Erlöse quersubventioniert werden muss und damit den Teufelskreislauf der Mengenausweitung noch zusätzlich anheizt, wird im Papier der Regierungskommission umgangen. Im Rahmen der Diskussion im Frankfurter Forum wurde deutlich, dass Kritik an der dualen Finanzierung,

die ja nicht gottgegeben ist, sondern 1972 eingeführt wurde, politisch nicht erwünscht war.

Es bleibt abzuwarten, wieviel von den Vorschlägen der Regierungskommission seinen Weg in das neue Krankenhaus-Gesetz finden wird. Bis auf weiteres bedarf es großer Fantasie für die Vorhersage, die nächste Krankenhaus-Reform werde eine „Revolution“ in der stationären Versorgung entfachen. Weniger großspurig angekündigt, aber strategisch bedeutsam war hingegen das Krankenhauszukunftsgesetz, das bereits zum 1. Januar 2021 in Kraft getreten ist. Insgesamt wurden den Krankenhäusern 4,3 Milliarden Euro zur Förderung von Investitionen in moderne Notfallkapazitäten und eine bessere digitale Infrastruktur zur Verfügung gestellt. Fakt ist leider, dass ein sehr großer Anteil der staatlichen Zuschüsse zu verfallen droht, weil – Stand Mitte 2023 – die Krankenhäuser mehrheitlich noch gar nicht oder zu spät Investitionsvorhaben ausgeschrieben haben.

Noch weiter als im stationären Sektor oder allgemein in der Patientenversorgung ist die Privatisierung von Trägerstrukturen im Rahmen der Pflegeversicherung vorangeschritten. Obwohl man angesichts des kontinuierlich steigenden Pflegebedarfs von einem „attraktiven, stabilen“ Wachstumsmarkt ausgehen würde, sind auch hier erste Insolvenzen zu verzeichnen. Insbesondere der

– trotz einer eigentlich absolut betrachtet hohen Anzahl von Pflegepersonal pro Einwohner in Deutschland – eklatante Fachpersonalmangel verdeutlicht einmal mehr die besonderen, demografischen und gesellschaftlichen Zukunfts-Herausforderungen an die sozialen Sicherungssysteme. Der hohe Anteil an „Informal Carers“ (pflegende Angehörige und Freunde), bis dato als „kostenlose“ Leistung gern mitgenommen, wirft auf Dauer die Frage auf, ob der Staat im Sinne von meritorischem Handeln nicht stärker in Angebot und Nachfrage eingreifen müsste; um mehr „Willingness to pay“ zur Abwendung der drohenden pflegerischen Unterversorgung zu erzeugen.

Auch im Pflegesektor stellt sich die Frage, wer zukünftig eigentlich die erste Anlaufstelle bzw. der Primärversorger des Pflegebedürftigen ist. Für die Patientenversorgung ist diese Frage im Prinzip schon seit langem geklärt, es gilt der Grundsatz „ambulant vor stationär“. Nach den Vorstellungen der Regierungskommission für die Krankenhausreform soll den Level II-Krankenhäusern eine Schlüsselrolle auf dem Weg zur Überwindung der „zu häufig noch stationär-ambulant getrennten Gesundheitsversorgung“ zukommen. Auf Empfehlung derselben Regierungskommission ist bereits die neue tagesstationäre Behandlung (Paragraf 115e SGB V) eingeführt worden: Demnach dürfen Krankenhäuser Behandlungsfälle weiterhin im stationären Setting nach DRG abrechnen, obwohl diese auch im ambulanten Setting erbracht werden könnten, dann aber nach dem unattraktiveren EBM abgerechnet werden müssten.

Gedacht zur kurzfristigen Entlastung der Krankenhäuser um Pflegekosten (die gar nicht anfallen würden, würde man dieselbe Leistung im ambulanten Setting erbringen) wurde – um Falschabrechnungen zu vermeiden – ein bürokratisches Monster geschaffen. Das neue Angebot tagesstationärer Behandlung mag zur Sicherung der Marktposition der Krankenhäuser im Kontext einer fortschreitenden Ambulantisierung der Medizin beitragen

– mit einer Überwindung der sektoralen Grenzen hat es nichts zu tun.

Grundsätzlich gilt, dass innovative Angebotsstrukturen und sektorenübergreifende Versorgungsprozesse sich nur schwer innerhalb eines Ordnungs- und Vergütungsrahmens um- bzw. durchsetzen lassen, der für sektorspezifische Anbieterstrukturen und Leistungsmerkmale geschaffen wurde. Um so erfreulicher ist, dass es dennoch Beispiele engagierter Neugründungen von Medizinischen Versorgungszentren gibt, die sich auf die Versorgung einer Patienten-Klientel spezialisieren, die wenig „lukrativ“ erscheint, zum Beispiel die Versorgung von vulnerablen Patientengruppen in großstädtischen sozialen Brennpunkten.

Haus- und fachärztliche Versorgungsengpässe werden nicht nur in städtischen Problem-Bezirken oder in ländlichen Randzonen, sondern allgemein entstehen. Die Probleme, die die ärztliche Baby Boomer-Generation aktuell bei der Nachbesetzung, d.h. beim Weiterverkauf ihrer Praxissitze hat, machen überdeutlich, dass das Geschäftsmodell der Einzelpraxis, das die vertragsärztliche Versorgung bisher geprägt hat, endgültig ausgedient hat. Immer mehr ärztliche und insbesondere auch zahnärztliche Praxissitze werden dabei von privaten Investoren übernommen; die aktuelle Debatte um Investoren-betriebene Medizinische Versorgungszentren (iMVZ) war der konkrete Anlass für das Frankfurter Forum, sich erneut mit dem Spannungsfeld zwischen Ökonomie und Patientenwohl zu beschäftigen.

Das Engagement von Private-Equity-Gesellschaften im Zusammenhang mit der Übernahme von Praxissitzen darf nicht unkritisch gesehen werden: Bislang waren Praxen mit hohem Anteil an technischen Leistungen (Radiologie, Labormedizin, Dialyse) und standardisierten ambulanten Operationen (beispielsweise Kataraktoperationen) gefragt, hausärztliche, kinderärztliche oder psychothe-

rapeutische Praxen waren weniger von Interesse. Auch sind – wie Ulrich Wenner so trefflich formuliert – „die positiven Auswirkungen für eine sektorenübergreifende Versorgung, die davon ausgehen sollen, dass ein Investor ein kleines Krankenhaus der Grundversorgung im Westerwald kauft und damit augenärztliche MVZ in ganz Deutschland gründet“, nicht nur für den ehemaligen Vorsitzenden des für die vertragsärztliche Versorgung zuständigen Senats des Bundessozialgerichts noch nicht klar geworden (Ulrich Wenner, *Gutes Geld und Schlechtes Geld – Gefährden MVZ in der Hand von Finanzinvestoren die vertragsärztliche Versorgung*, vom 12.01.2023).

Die Kritik, iMVZ würden eine schlechtere Versorgungsqualität abliefern, hält allerdings – wie schon bei den Krankenhäusern in privater Trägerschaft - einer näheren Betrachtung nicht Stand und dient wohl eher der Verteilung alter Besitzstände.

Seit den 1990er Jahren bewegt sich das GKV-System in einem Spannungsfeld zwischen politisch gewollter stärkerer Marktausrichtung und dem Leitprinzip des Patientenwohls. Dank sprudelnder Beitragseinnahmen ist das System noch leistungsstark, aber nicht effizient, und auch nicht zukunftsorientiert. Das vom aktuell amtierenden Bundesgesundheitsminister ausgelobte neue Leitprinzip „weniger Ökonomie, mehr Medizin“ ist vor dem Hintergrund von Fehlentwicklungen nachvollziehbar, setzt trotzdem jedoch die falschen Signale. Gefragt ist nicht etwa die Rückkehr zu einem Chefarzt-Wunschkonzert, sondern eine Neugestaltung der Versorgung, bei der der Customer Value, i.e. der Patientennutzen im Mittelpunkt steht.

Die Effizienz des Ressourceneinsatzes im Solidarsystem der gesetzlichen Krankenversicherung und ein daraus ggf. resultierende Gewinn hat sich an diesem Customer-Value, am Nutzen für die Patientinnen und Patien-

ten zu bemessen, und nicht am Shareholder Value (im Interesse von Investoren) oder am Stakeholder Value (im Interesse von Bestandskrankenhäusern und -Praxen). Dies muss unabhängig davon gelten, von wem die medizinische Einrichtung betrieben wird. Ökonomisches Denken als solches ist nicht des Teufels, sondern öffnet die Augen für die stattgehabten Fehlentwicklungen und eine notwendige Neuausrichtung im deutschen Gesundheitswesen auf Value Based Health Care im oben genannten Sinne.

Kontakt:

Petra Acher | Geschäftsführerin des Frankfurter Forums
Seedammweg 51, 61352 Bad Homburg
E-Mail: frankfurter-forum-petra-acher@t-online.de
<http://frankfurterforum-diskurse.de>

Geld und Gesundheit – Patientennutzen zählt

Krankenhausreform und iMVZ: Versorgungs- und Geschäftsmodelle im Lichte aktueller Trends

PROF. DR. ANDREAS SCHMID, UNIVERSITÄT BAYREUTH / OBERENDER AG



Die Herausforderungen, mit denen sich das deutsche Gesundheitssystem derzeit konfrontiert sieht, müssen mit tragfähigen Versorgungs- und Geschäftsmodellen adressiert werden. Am Beispiel von zwei derzeit intensiv diskutierten Themen – der Krankenhausreform sowie iMVZ – wird verdeutlicht, dass derzeit nur begrenzt zielführende Lösungen in Sicht sind.

Hintergrund

Das Deutsche Gesundheitssystem steht unter massivem Veränderungsdruck. Eine Vielzahl verschiedener Faktoren führt dazu, dass ein „Weiter so“ nicht funktionieren kann: Dass mit dem Eintritt der Babyboomer in die Rentenphase massive Verwerfungen auf dem Arbeitsmarkt einhergehen, war seit langem absehbar. Bereits der erste Vorgeschmack auf die Entwicklung, welche die nächsten 10 bis 15 Jahre prägen wird, ist im Bereich der personennahen Dienstleistungen massiv zu spüren. Das Gesundheitswesen ist ganz besonders von der Entwicklung betroffen. Überstieg die Nachfrage das Angebot nach Arbeitskräften in der Krankenpflege im Jahr 2022 „nur“ um 11 Prozent, wird für 2040 ein Wert von 25 Prozent prognostiziert (Prognos 2015).

Zugleich leidet der Berufsstand seit vielen Jahren unter einer besonders hohen Belastung, die Arbeitsbedingungen werden als zunehmend abschreckend wahrgenommen (Prognos 2015). Ausschlaggebend sind neben anderen Faktoren die zunehmende Arbeitsverdichtung, der wahrgenommene Aufwand für Dokumentation und Bürokratie und besondere Belastungen während der Pandemie (Glamann und Carlo 2023; Hower et al. 2020). Auch im Bereich des ärztlichen Dienstes ist die demografische Entwicklung nicht zu übersehen. Dies kann auch durch einen Höchststand an Medizinstudierenden (105.000 im Jahr 2021 vs. 83.000 im Jahr 2011, Destatis 2022) nicht kompensiert werden. Neben dem im Vergleich zum Nachwuchs überproportional hohen Renteneintrittsquoten ist dies auf die sich verändernden Präferenzen, mit einer höheren Wertschätzung für geregelte Arbeitszeiten und Teilzeitoptionen sowie das

Arbeiten in Teams zurückzuführen (Bundesvertretung der Medizinstudierenden in Deutschland 2018; Glamann und Carlo 2023).

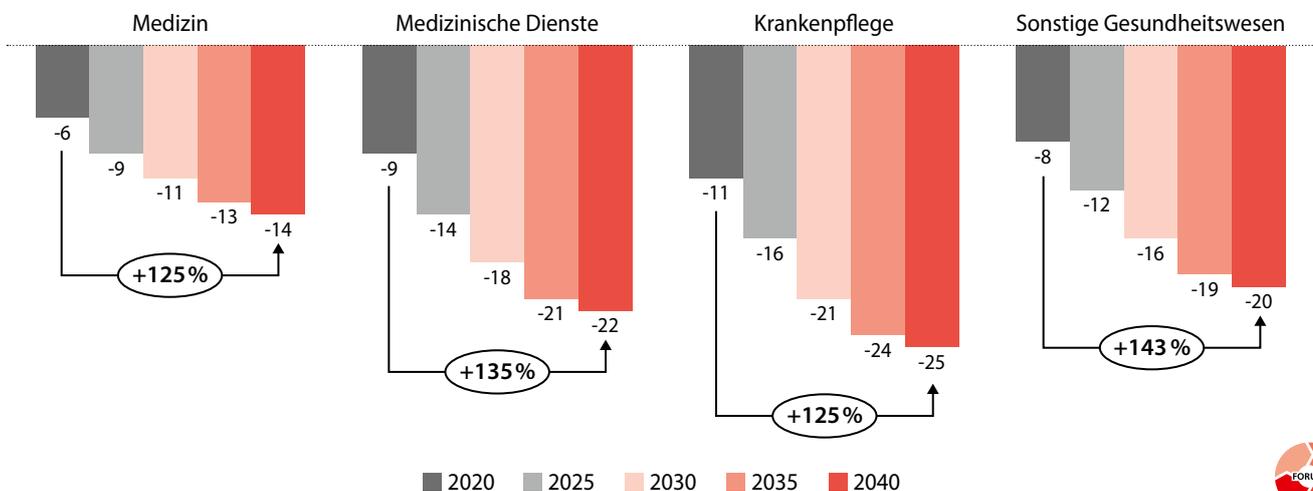
Parallel entwickelt sich die Medizin in hohem Tempo fort. Die daraus entstehenden Chancen in der Behandlung von Krankheiten stehen sich ändernden Anforderungen an die Strukturen und Prozesse, in denen Medizin praktiziert wird, gegenüber. Interdisziplinarität und Interprofessionalität mit sich ändernden Rollenbildern und Verantwortlichkeiten, erfordern von allen sich anzupassen. Gerade kleine Einrichtungen – sei es ein kleines Krankenhaus oder eine kleine Arztpraxis – tun sich überproportional schwer, da sie aus einem viel kleineren Personalpool schöpfen müs-

sen. Bei komplexen Leistungen werden vermehrt Strukturen vorausgesetzt, die nur in größeren Zentren umgesetzt werden können. Die leichten Leistungen können und sollen vermehrt ambulant erbracht werden, wobei viele Krankenhäuser hierfür nur bedingt eingerichtet und der vertragsärztliche Sektor in vielen, insbesondere peripheren Regionen kaum die freien Kapazitäten hat, um diese übernehmen zu können.

Kurzfristig verschärft die hohe Inflation, insbesondere durch die hohen Steigerungsraten bei den Energie- und Personalkosten, die Situation weiter. Die sich nur langsam anpassenden Preise für Gesundheitsleistungen (z. B. beim EBM oder im DRG-System) führen dazu, dass das Gesamt-

Prognose Arbeitskräftesaldo nach Fachrichtung 2020 bis 2040

Abweichung Arbeitskräfteangebot von Nachfrage, in %



Quelle: Prognos (2015)



Abbildung 1: Der demografisch bedingte und sich verschärfende Fachkräftemangel gehört neben den Entwicklungen in der Medizin und der aktuell schwierigen wirtschaftlichen Lage zu den markantesten Treibern für Veränderungen im Gesundheitswesen.

system keine akuten Kostensprünge finanzieren muss und sich der Kostendruck erst über die Jahre in vollem Umfang auf die Beitragszahler auswirkt. Dies geht jedoch vollumfänglich zu Lasten der Leistungserbringer, die Kostensteigerungen nicht durch einfache Preisanpassungen weitergeben können.

Der demografisch bedingte bzw. verschärfte Fachkräftemangel und die Entwicklungen in der Medizin sind mit der akut schwierigen wirtschaftlichen Lage vermutlich die drei markantesten Treiber für Veränderungen im Gesundheitswesen. Der vorliegende Beitrag will an zwei Beispielen die Implikationen mit Bezug auf Versorgungs- und Vergütungsmodelle verdeutlichen und Chancen wie Risiken identifizieren. Hierzu werden zunächst für den stationären Sektor die laufenden Reformbemühungen bewertet. Für den ambulanten Sektor wird die Diskussion rund um Medizinische Versorgungszentren in Eigentümerschaft von Investoren aus ökonomischer Perspektive eingeordnet.

Krankenhaussektor

Für die Krankenhäuser gilt, dass das tradierte Versorgungsmodell mit einem – mit Blick auf die wirtschaftliche Relevanz – nahezu ausschließlichen Fokus auf die stationäre Leistungserbringung keine Zukunft mehr hat. Auch das fallbasierte Vergütungssystem, dessen Einführung erhebliche positive Effekte mit sich brachte (Transparenz, Anreize zur Effizienz etc.) offenbart verstärkt Fehlanreize, wie ein Überangebot bestimmter, wirtschaftlich attraktiver Leistungen.

Im Krankenhaussektor kommen neben den genannten akuten wirtschaftlichen Stressoren gravierende strukturelle Probleme hinzu. Seit Jahrzehnten kommen die Bundesländer ihren Verpflichtungen nicht nach, die Investitionskosten der Krankenhäuser vollumfänglich zu tragen. Dabei deuten auf verschiedenen Wegen berechnete Abschätzungen zu den benötigten Investitionen in eine ähnliche Richtung: Die Kalkulation der DKG beziffert den Investitionsbedarf im Jahr 2021 auf rund 6,7 Milliarden Euro. Dem stehen Investitionsmittel von lediglich rund 3,3 Milliarden Euro gegenüber (DKG 2022). Die Lücke ist erheblich und dies schon seit vielen Jahren.

Da die DRG-Vergütung explizit nur für die Deckung der Betriebskosten kalkuliert wird, ergibt sich eine strukturelle Unterdeckung des Systems. Krankenhäuser ver-

suchten durch immer weitere Leistungsausdehnungen genügend Umsatz zu erwirtschaften, um dies wirtschaftlich kompensieren zu können. Die Vergütung über Fallpauschalen incentiviert die Mengenausdehnung (konstanter Erlös bei abnehmenden Grenz- und Durchschnittskosten) weiter. Insbesondere kommunale Träger kamen vielfach für Lücken bei der Investitionskostenfinanzierung auf. Verschärfend kommt dazu, dass die Bundesländer ihrer Verantwortung in der Krankenhausplanung nur bedingt nachkommen. Im Kern werden in den meisten Bundesländern bestehende Strukturen fortgeschrieben und nur marginal angepasst.

Die letzte, wirtschaftlich weitgehend stabile Dekade zwischen 2010 und 2020 wurde allerdings nicht zu Reformen genutzt, welche die wirtschaftliche Stabilität mit Blick auf die erwartenden demografisch bedingten wirtschaftlichen Herausforderungen stärkten. Vielmehr wirkten nahezu alle Reformen strukturell kostenerhöhend. Sei es die Einführung der Pflegepersonaluntergrenzen oder diverse andere Strukturvorgaben des G-BA. Zugleich kam die Strategie der kontinuierlichen Mengenausdehnung an seine Grenzen. Bereits vor der Pandemie gingen die Fallzahlen leicht zurück.

Es herrscht ein weitgehender Konsens, dass tiefgreifende Reformen unbedingt notwendig sind. Im Jahr 2022 wurde von Gesundheitsminister Karl Lauterbach eine Reformkommission ins Leben gerufen, die in ihrer dritten Stellungnahme vom 6. Dezember 2022 (Regierungskommission 2022) eine auf drei Elementen beruhenden Reformvorschlag unterbreitete. (1) Bundeseinheitliche Level sollten Krankenhäuser in fünf Kategorien zzgl. Fachkrankenhäuser einteilen, darunter eine weitgehend neue Kategorie an Versorgern (Level 1i) zur integrierten, ambulanten-stationären Grundversorgung. (2) Leistungsgruppen sollten die Leistungen der Krankenhäuser deutlich schärfer abgrenzen als der bisherige Begriff der Fachabteilung. Die Befugnis zur Erbringung bestimmter Leistungsgruppen sollte ferner mit einem „Mindest-Level“ verknüpft werden, um zu verhindern, dass wenig qualifizierte Einrichtungen komplexe Leistungen anbieten. (3) Die Vergütung der Krankenhausleistungen sollte durch die Einführung einer Vorhaltefinanzierung weniger stark mengenorientiert werden als unter reinen DRG-Bedingungen. Die Vorhaltebudgets sollen ferner übertragbar sein, um Konsolidierungsanreize zu setzen; der diesbezügliche Mechanismus blieb jedoch noch offen.

Es zeichnete sich schnell ab, dass der Reformvorschlag der Kommission noch deutlichen Nachbesserungsbedarf hatte. Das Level 1n stellte kein wirtschaftlich tragfähiges Geschäftsmodell dar. Die Definition der Leistungsgruppen war nur exemplarisch angedeutet. Viel gravierender stellte sich im Weiteren aber der Widerstand der Länder dar. Die Kombination aus Leveln und Leistungsgruppen hätte diese deutlich in der Krankenhausplanung eingeschränkt. Letztlich kippten die Level und die Granularität wurde von über 120 Leistungsgruppen auf ein Modell in Anlehnung an das NRW-Modell mit knapp 70 Leistungsgruppen reduziert. Dies sowie die weiteren Aussagen zum Reformstand reflektieren den Stand des Eckpunktepapiers vom 10. Juli 2023 (BMG 2023).

Hinsichtlich der Vergütung zeichnet sich ab, dass die eigentlich mengenunabhängig gedachte Vorhaltevergütung in ihrer initialen Bemessung am Casemix und damit am mit der Fallschwere gewichteten Fallvolumen eines Krankenhauses ansetzen soll. Dies würde dazu führen, dass zwar der variable Anteil der Vergütung abnehmen würde, die strukturellen Finanzierungsunterschiede zwischen großen und kleinen Einrichtungen aber nicht adressiert würden. Die mit 60 Prozent sehr hoch angesetzte Vorhaltevergütung (inklusive Pflegebudget) impliziert ein hohes Risiko, dass die variable Vergütungskomponente auf oder unter das Niveau der variablen Kosten fällt. Dies würde den Anreiz (mehr) Leistungen zu erbringen auf ein Minimum absenken, möglicherweise sogar negativ werden lassen. D.h. ein Krankenhaus würde durch die Nicht-Erbringung einer Leistung seine wirtschaftliche Situation verbessern.

Die Implikationen wären weitreichend: Der Wettbewerb um Patienten und damit auch der Qualitätswettbewerb würden komplett zum Erliegen kommen. In einer Zeit, in der absehbar massive Ressourcenknappheit herrscht, würde der Anreiz, bei gegebenen Ressourcen das maximale Leistungsergebnis zu erzielen, eliminiert. Das Risiko vermeidbarer Wartelisten würde erhöht (Schmid 2023).

Ein gutes Anreizsystem sorgt dafür, dass wirtschaftliche Interessen der Akteure durch ein Verhalten selbiger bedient werden, das dem Gesamtsystem optimal nutzt. Die bisher absehbaren Reformschritte führen nicht dazu, dass man diesem Ziel näherkommt. Vielmehr besteht das Risiko, dass neue Fehlanreize erzeugt werden. Ein die Herausforderungen adressierendes neues Geschäftsmodell zeichnet sich für die Krankenhäuser aktuell nicht ab, zumal

auch Bemühungen in Richtung sektorenübergreifender Vergütungsmodelle kaum Fortschritte erkennen lassen.

Je nach Ergebnis der weiteren Verhandlungen könnten die Leistungsgruppen eine steuernde Wirkung entfalten. Krankenhäuser hätten weniger Möglichkeiten außerhalb ihrer Kernkompetenzen Leistungen zu erbringen. Ausschlaggebend werden jedoch die Definition der Fachgruppen sowie die Konsequenz der damit zusammenhängenden Vergütungssystematik sein. Wenn für Leistungen außerhalb der zugeordneten Leistungsgruppen Teile der Vergütung entfallen, würde dies die Angebotsentscheidung sicherlich beeinflussen. Zum jetzigen Zeitpunkt ist dies jedoch noch spekulativ.

Es bleibt der Blick auf das Level 1i, dessen Einrichtungen im Eckpunktepapier als Sektorenübergreifende Versorger tituliert werden. Ihnen wird zugeschrieben, sowohl einfache stationäre Angebote wie auch ambulante Leistungen erbringen zu können. Es bleibt aktuell jedoch bei der Zuschreibung. Die Details sind noch komplett offen, auch wie die entsprechenden Budgetfragen zwischen stationärer und ambulanter Versorgung gelöst werden sollen. Die Potenziale derartiger Einrichtungen sind hinreichend beschrieben (Schmid et al. 2018; Schmid et al. 2021).

Die Herausforderung steckt in den Detailfragen wie der Vergütung, insbesondere dann, wenn nicht wie in den meisten diesbezüglichen Gutachten einige Dutzend, sondern mehrere Hundert dieser Einrichtungen geschaffen werden sollen. Der Budgeteffekt ist entsprechend deutlich höher, der Impuls Besitzstände und eigene finanzielle Interessen zu wahren bei den betroffenen Stakeholdern entsprechend hoch. Inwiefern sich dieses Modell somit zeitnah etablieren kann, ist offen.

Es bleibt festzuhalten, dass der aktuelle Stand der Reformdiskussion zwar immer wieder betont, neue Versorgungsmodelle und durch neue Formen der Vergütung auch Geschäftsmodelle zu befördern – und dies zielgerichtet, um die Herausforderungen zu adressieren. Faktisch sind nach dem langen Ringen zwischen Bund und Ländern bisher jedoch nur wenige greifbare dahingehende Ergebnisse ersichtlich.

iMVZ

Seit vielen Jahren kann beobachtet werden, dass ambulant tätige Ärzte vermehrt im Angestelltenverhältnis arbeiten wollen. Der Anteil der mit eigener Zulassung tätigen

Ärzte nach Organisationsform

Fachgebiet	Ärztzahl gesamt		In Einzelpraxen		In BAG ¹		In MVZ				
	Trend ²	Anteil ³	Trend ²	Anteil ³	Trend ²	Anteil ³	Trend ²				
Radiologie	↑	7 %	8 %	↓	-13 %	52 %	↓	-4 %	41 %	↑	33 %
Orthopädie/Unfallchirurgie	⇒	0 %	32 %	↓	-5 %	40 %	↓	-3 %	32 %	↑	31 %
Ophthalmologie	↑	4 %	38 %	↓	-8 %	34 %	↓	-7 %	27 %	↑	57 %
Neurologie	↑	10 %	50 %	↑	5 %	32 %	↑	8 %	19 %	↑	29 %
Gynäkologie	↗	2 %	53 %	↓	-4 %	31 %	↗	1 %	16 %	↑	35 %
Urologie	↑	4 %	41 %	⇒	0 %	47 %	↑	3 %	12 %	↑	24 %
HNO	↗	1 %	51 %	↘	-2 %	39 %	↘	-2 %	10 %	↑	41 %
Dermatologie	↗	2 %	54 %	⇒	-2 %	36 %	↗	1 %	10 %	↑	39 %
Allgemeinmedizin	⇒	0 %	54 %	↓	-3 %	39 %	↘	-1 %	8 %	↑	37 %
Zahnmedizin ⁴	↘	-1 %	52 %	↓	-4 %	43 %	↘	-2 %	5 %	↑	53 %

¹ Berufsausübungsgemeinschaft

² Entwicklung der Zahl der Ärzte in der jeweiligen Praxisform von 2018 bis 2022

³ Anteil der Ärzte, die in jeweiliger Praxisform tätig sind an der Gesamtärztezahl in 2021

⁴ In der Zahnmedizin werden Daten aus 2020 verwendet

Quelle: Oberender AG 2022, KBV und KZBV einschlägige Jahre



Tabelle 1: Der Anteil der mit eigener Zulassung tätigen Ärzte geht zurück. Gleichzeitig nimmt die Zahl Medizinischer Versorgungszentren über praktisch alle Fachgebiete mit hoher Dynamik zu.

Ärzte geht zurück. Dies korrespondiert mit der wachsenden Zahl medizinischer Versorgungszentren (MVZ). Die Dynamik – wie auch aus Tabelle 1 ersichtlich – ist dabei beachtlich.

Wohl gerade auch deshalb ist die Frage der Inhaberschaft dieser MVZ seit geraumer Zeit (wieder) Gegenstand intensiver Diskussionen. Neben diversen medialen, häufig emotionalisierten Einlassungen gibt es Papiere, die von verschiedenen Stakeholdern beauftragt wurden (Fricke et al. 2023; Tisch und Nolting 2023) sowie zusammenfassende Ausarbeitungen des Wissenschaftlichen Dienstes des Bundestags (Deutscher Bundestag 2023) oder ein Rechtsgutachten im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit (Ladurner et al. 2020).

Konkret geht es um MVZ in der Trägerschaft von Investoren (iMVZ). Dies sind MVZ, deren mittelbare Eigentümer Investmentgesellschaften oder -fonds sind. Ihnen wird unterstellt (vgl. Fricke et al. 2023 sowie die darin verzeichneten Primärquellen), dass sie

- ärztliche Entscheidung aufgrund von Kapitalinteressen beeinflussen und damit die Qualität der Versorgung schmälern,
- überproportional hohe Honorarvolumina abrechnen,
- Vertragsärzte verdrängen und die flächendeckende Versorgung schwächen und
- eine wettbewerbsfeindliche Anbieterdominanz befördern.

In einem MVZ ist die ärztliche Unabhängigkeit doppelt gesichert. Zum einen durch die Verantwortung jedes einzelnen Arztes gemäß seiner berufsrechtlichen und ethischen Verpflichtung, zum anderen durch die gesetzlich (analog zum Krankenhaus) festgeschriebene ärztliche Leitung, die in medizinischen Fragen weisungsfrei ist (Paragraf 95 (1) SGB V). Will ein Investor die medizinische Leistungserbringung in unredlicher Form beeinflussen, muss er beide Barrieren überwinden und macht sich dabei strafbar. Ein Vertragsarzt, der sich zur Praxisgründung häufig zunächst

verschulden und sein persönliches Einkommen sowie seine Alterssicherung aus seinen Praxiserlösen ziehen muss, sieht sich hier sicherlich mit keiner geringeren Herausforderung konfrontiert, (berufs-)ethisches Handeln frei von persönlichen Interessen zu halten. Weshalb ein angestellter Arzt eine geringere ethische Motivation als ein Vertragsarzt haben sollte, erschließt sich nicht.

Die Implikationen eines rechtlichen Fehlverhaltens des Eigentümers sind für Investmentgesellschaften, die umfassenden Compliance-Regeln des Finanzsektors unterworfen sind, ebenfalls nicht zu vernachlässigen. Bereits im Zuge des Erwerbs von Praxen finden im Regelfall umfassende rechtliche Due Diligence-Prüfungen statt, die auch das Abrechnungsverhalten und vertragliche Konstrukte der bisherigen Eigentümer kritisch beleuchten und immer wieder fragwürdige Ergebnisse zu Tage fördern.

Eine Analyse im Auftrag der KV Bayerns konnte zwar ein gegenüber einigen Referenzgruppen höheres Abrechnungsvolumen von iMVZ nachweisen. Es wurde jedoch nicht geprüft, ob sich die Unterschiede bspw. auf eine qualitativ bessere Codierpraxis zurückführen lassen. Eine alternative Hypothese könnte somit lauten, dass – im Mittel – iMVZ die komplexen Abrechnungsregularien besser verstehen und anwenden als Inhaber einer Einzelpraxis. Da im EBM auch Versorgungssteuerung erfolgt, z. B. durch die gezielte Verankerung „förderungswürdiger“ Leistungen im extrabudgetären Teil, könnte eine gemäß den Regeln des EBM optimierte Versorgung sogar mit einer Besserversorgung der Bevölkerung einhergehen. Diese sind vorerst Hypothesen und bedürfen einer weitergehenden Untersuchung.

Dabei stößt man jedoch auf ein weiteres Problem der ambulanten Versorgung, nämlich die kaum vorhandene Qualitätstransparenz. Während die Qualität der stationären Leistungserbringer breit gemessen und in Teilen auch publiziert wird (Qualitätsberichte der Krankenhäuser), sind im Bereich der vertragsärztlichen Versorgung keine vergleichbaren Instrumente vorhanden, welche eine unabhängige Bewertung und Veröffentlichung der medizinischen Qualität erlauben. Im Krankenhaussektor waren private Klinikkonzerne mit die ersten, die Qualitätsdaten erhoben und veröffentlichten (Meixner 2014).

Es wäre nicht überraschend, wenn auch in der ambulanten Versorgung eine ähnliche Entwicklung vollzogen würde. Vorerst erschwert das Fehlen und die damit einhergehende kritische Überprüfung und Weiterentwicklung entsprechender Indikatoren eine Modernisierung des Ver-

gütungssystem in eine Richtung, die gute Qualität auch entsprechend honoriert. Dies wäre ein tatsächlich weitreichender Impuls in Richtung neuer Versorgungs- und Geschäftsmodelle in der ambulanten Versorgung.

Die Sicherstellung der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung wiederum ist eine zentrale Aufgabe der Kassenärztlichen Vereinigungen. Diese muss – im Zulassungsausschuss gemeinsam mit den Krankenkassen – dieser zunehmend großen Herausforderung gerecht werden. Dabei gilt es auch zu vermeiden, dass durch die strategische Wahl von Praxisstandorten eine Patientenselektion betrieben wird. Auch gilt es sicherzustellen, dass die in der vertragsärztlichen Versorgung Tätigen das ganze im Kollektivvertrag abgebildete Leistungsspektrum anbieten. Dies trifft Vertragsärzte wie Betreiber von (i)MVZ. Denn auch bei Vertragsärzten finden sich – wie gut am Hautkrebscreening illustrierbar (Verbraucherzentrale NRW 2023) – Beispiele für Ärzte, die für sie (wirtschaftlich) wenig attraktive Leistungen nicht erbringen.

Eine Verdrängung der Einzelpraxis erscheint sich vorrangig aus der im Vergleich zu geringen Attraktivität der Einzelpraxis für den medizinischen Nachwuchs zu ergeben. Es handelt sich schließlich um freie Entscheidungen der Ärzte. Dass durch die regionale Konzentration des ambulanten Angebots auf wenige oder sogar einen Anbieter negative Auswirkungen auf Patienten ergeben können, ist unbestritten. Das Fehlen von Wahloptionen für Patienten oder das Risiko, wenn eine regional „systemrelevante“ Einheit in Schieflage gerät (sei es wirtschaftlich oder hinsichtlich der Sicherstellung der ärztlichen Nachfolge oder unzureichender medizinischer Qualität oder Patientenorientierung usw.) ist durchaus relevant.

Zumindest kurz- bis mittelfristig könnte dann die medizinische Versorgung einer Region in den betroffenen Fachgebieten in Frage stehen. Entsprechend wäre es bedenkenswert, dass in allen Fachbereichen, die eine hinreichende Zahl an Akteuren in einer Region zulassen (bspw. unrealistisch bei den hochspezialisierten fachärztlichen Leistungen), eine Obergrenze für den Anteil der auf einen Träger vereinten Vertragsarztsitze festzulegen, die im Regelfall nicht überschritten werden darf. Dies wäre eine Analogie zu üblichen wettbewerbsökonomischen Prinzipien, die auch für die ambulante Versorgung durchaus diskutiert werden (vdek 2023).

Mithin erscheint es ökonomisch zunächst keinen drastischen strukturellen Unterschied zwischen den Anreizstruk-

turen und Überwachungsbedarfen zwischen iMVZ und Vertragsärzten bzw. MVZ in vertragsärztlicher Trägerschaft zu geben, der systematisch zu Lasten der iMVZ wirken würde. Die meisten regulatorisch relevanten Risiken betreffen beide Ausprägungen in gleicher Weise. Die ideologisch häufig überladene und emotionalisierte Debatte greift hier regelmäßig zu kurz.

Denn es gibt durchaus auch innerhalb der Investoren unterschiedliche Ansätze, die mit spezifischen Anreizwirkungen einhergehen. So gibt es einerseits Investoren, die über den langfristigen Betrieb einer MVZ-Kette eine Rendite erwirtschaften wollen. Hieraus ergibt sich die Notwendigkeit einer guten Reputation bei Patienten und (potenziellen) Angestellten, guter Einbindung in bestehende Versorgungsstrukturen sowie ganz grundsätzlich eines nachhaltigen Geschäftsmodells.

Bei Investoren, die lediglich eine Perspektive von wenigen Jahren haben, bis sie sich wieder von ihrem Investment trennen, (muss nicht, aber) kann dies anders gelagert sein. Hier gilt es, in der Regel in kurzer Zeit durch das Zusammenführen vieler kleiner Einheiten zu einer größeren und kurzfristige Optimierungsmaßnahmen eine Wertsteigerung zu erreichen. Dies muss nicht zwangsläufig mit langfristigen Zielen kongruent sein. Auch ist kritisch zu hinterfragen, welchen Mehrwert es bietet, dass Investoren, um im ambulanten Sektor tätig werden zu können, erst ein Krankenhaus als „Vehikel“ erwerben müssen. Wenn sich ihr Engagement ohnehin nicht verhindern lässt, könnte man hier in der Tat wenig wertstiftende Umgehungswege vermeiden.

Fazit

Dass es sich beim Gesundheitswesen definitorisch um eine Ökonomie handelt – also eine miteinander in Beziehung stehende Gruppe von Akteuren, die alle unter einer gemeinsamen Restriktion der Knappheit handeln (Homann und Suchanek 2005) – ist ein Fakt. Der Begriff der „Entökonomisierung“ führt entsprechend in die Irre. Egal ob mit Blick auf den stationären oder den ambulanten Sektor drängt sich die These auf, dass mehr Ökonomie statt weniger angezeigt ist. Benötigt werden eine neutrale Klärung der grundlegenden Ziele in der Gesundheitsversorgung, eine kritische und emotionsfreie Analyse der Anreizstrukturen, die unterschiedliche Vergütungs- und Eigentümerstrukturen mit sich bringen, und schließlich

die Ableitung eines Regelwerks, das dazu führt, dass die Interessen der im System Tätigen bestmöglich erfüllt werden, wenn sie auch die Interessen der Versicherten und Patienten verfolgen – und dies unbeschadet dessen, wer derjenige ist, der die Leistung erbringt oder in welcher Organisationsform er dies tut.

Ferner gilt es den Problemen möglichst grundsätzlich auf den Grund zu gehen, beispielsweise indem die Qualität der erzielten Ergebnisse – stationär wie ambulant – stärker Berücksichtigung finden, statt immer mehr starre Strukturvorgaben zu definieren. Auch dies verpflichtet alle Akteure in gleicher Weise, erhält aber Flexibilität und Raum für Innovationen bei der Suche nach dem bestmöglichen Weg, die gemeinsamen Ziele zu erreichen. Gerade in der nächsten, von vielfacher Knappheit gekennzeichneten Dekade, wird dies ein wesentlicher Faktor sein, um für Patienten und Versicherte eine gute Versorgung aufrecht erhalten zu können.

E-Mail-Kontakt: Andreas.Schmid@uni-bayreuth.de

Literatur

1. BMG (2023) Eckpunktepapier vom 10.7.2023. Krankenhausreform, Berlin.
2. Bundesvertretung der Medizinstudierenden in Deutschland (2018) Wie können wir Ärzt*innen motivieren, als Landärzt*in zu arbeiten?
3. Deutscher Bundestag (2023) Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage der Fraktion der CDU/CSU - Drucksache 20/4778 - Auswirkungen investorengetragener Medizinischer Versorgungszentren auf das Gesundheitssystem in Deutschland. Drucksache 20/5166.
4. DKG (2022) Bestandsaufnahme zur Krankenhausplanung und Investitionsfinanzierung in den Bundesländern 2022, Berlin.
5. Fricke F-U, Köhler W, Rau S (2023) Memorandum zur Versorgung mit MVZ: Die Rolle von MVZ in der ambulanten medizinischen Versorgung – besteht regulatorischer Handlungsbedarf? Im Auftrag von ALM e.V. und BMV e.V.
6. Glamann N, Carlo G-L de (2023) Corona und die medizinische Pflege – Eine explorative Untersuchung zu psycho-sozialen Belastungen von Pflegekräften im ersten Pandemie-Jahr. In: Ohlbrecht H, Seltrecht A (Hrsg) Pflege: Systemrelevant – und nun? Theorie und Praxis im Dialog. Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH, Wiesbaden.
7. Homann K, Suchanek A (2005) Ökonomik. Eine Einführung. Mohr Siebeck, Tübingen.
8. Hower K, Pförtner T-K, Pfaff H (2020) Pflegerische Versorgung in Zeiten von Corona - Drohender Systemkollaps oder normaler Wahnsinn?
9. InEK (2021) Abschlussbericht. Entwicklung von Investitionsbewertungsrelationen (IBR) gem. § 10 KHG für das Jahr 2021, Siegburg.
10. Ladurner A, Walter U, Jochimsen B (2020) Stand und Weiterentwicklung der gesetzlichen Regelungen zu medizinischen Versorgungszentren (MVZ): Rechtsgutachten. im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit.
11. Meixner T (2014) Transparenz der Ergebnisqualität weiter erhöht: Qualitätsindikatoren lassen sich standardisiert darstellen. Management & Krankenhaus. <https://www.management-krankenhaus.de/topstories/gesundheitsoekonomie/transparenz-der-ergebnisqualitaet-weiter-erhoeht-qualitaetsindikator>. Abruf am 2023-07-20.

12. Prognos (2015) Arbeitslandschaft 2040. Studie im Auftrag des vbw.
13. Regierungskommission (2022) Dritte Stellungnahme und Empfehlung der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung. Grundlegende Reform der Krankenhausvergütung, Berlin.
14. Schmid A (2023) Vortrag: Ökonomik zum Wohle der Patienten. DRG-Forum 2023, Berlin.
15. Schmid A, Hacker J, Rinsche F, Distler F (2018) Intersektorale Gesundheitszentren: Ein innovatives Modell der erweiterten ambulanten Versorgung zur Transformation kleiner ländlicher Krankenhäuser. Gutachten im Auftrag der Kassenärztlichen Bundesvereinigung. Universität Bayreuth, Bayreuth, <http://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:bvb:703-epub-3731-6>.
16. Schmid A, Sturm H, Drechsel-Grau E, Kaiser F, Leibinger P, Joos S, Kassenärztliche Bundesvereinigung (2021) IGZ konkret: Erweiterte Ambulante Versorgung (EAV) - Umsetzung und Implikationen. University of Bayreuth.
17. Tisch T, Nolting H-D (2023) Versorgungsanalyse zu MVZ im Bereich der KV Bayerns. Erstellt durch das IGES Institut im Auftrag der KV Bayerns.
18. vdek (2023) Medizinische Versorgungszentren (MVZ) in der Trägerschaft von Finanzinvestoren. Position des Verbandes der Ersatzkassen e. V. (vdek).
19. Verbraucherzentrale NRW (2023) Hautkrebs-Früherkennung. <https://www.verbraucherzentrale.de/wissen/gesundheit-pflege/aerzte-und-kliniken/hautkrebsfrueherkennung-11988>.

.....

PROF. DR. ANDREAS SCHMID

.....



Professor Dr. Andreas Schmid ist Manager bei der Oberender AG und außerplanmäßiger Professor an der Universität Bayreuth. Nach seinem Studium der Gesundheitsökonomie promovierte er zu Wettbewerbsfragen im Krankenhausmarkt. Seine Forschungsschwerpunkte liegen auf der Analyse und Entwicklung von Versorgungsstrukturen und Vergütungsmodellen sowie entsprechenden Reformbemühungen. Er publiziert regelmäßig wissenschaftliche Texte in einschlägigen Journalen, Sammelbänden und Zeitschriften. Neben anderen ehrenamtlichen Aktivitäten ist er ferner Mitglied des Vorstands der Deutschen Gesellschaft für Integrierte Versorgung und unparteiisches Mitglied im Sektorenübergreifenden Landesschiedsgremium Thüringen.



Geld und Gesundheit – Patientennutzen zählt

Sozialunternehmen zwischen Klientenwohl, Zielerfüllung und wettbewerblicher Orientierung

PROF. DR. JÜRGEN ZERTH, EICHSTÄTT



Die Sozialwirtschaft ist noch stärker als der Gesundheitsmarkt auf einen Abgleich zwischen sozial-definierten Bedarfslagen und Umsetzung sozialer Teilhabeziele mit Hilfe sogenannter Quasi-Märkte angewiesen. Dabei sind Sozialunternehmen einer doppelten Legitimation ausgesetzt, nämlich das eigenwirtschaftliche Unternehmensziel mit übergeordneten gesellschaftlichen Zielsetzungen zu verbinden. Das Beispiel der Langzeitpflege zeigt die Bedeutung der Komplexität der Anreizsystematik als auch die Notwendigkeit privaten Kapitals darin auf. Weiterhin wird die Bedeutung der Grenzziehung privatwirtschaftlicher Interesse in einem dazu adäquaten Regulierungsmodell von Sozialmärkten deutlich.

1. Sozialwirtschaft und Sozialunternehmen: eine Annäherung

Es können verschiedene Diskussionstränge aufgezeigt werden, die sich der Auseinandersetzung zwischen sozialer Bedarfsdeckung und der Strategie, diese Ziele durch Sozialunternehmen in marktwirtschaftlichen Kontexten umsetzen zu lassen (vgl. Finis Siegler 2021). Die Bezugnahme auf Non-for-Profit und For-Profit-Unternehmen kann hier als häufig gewähltes Abgrenzungskriterium herangezogen werden (vgl. Newhouse 1970; Needleman 2001).

In einer erweiterten dienstleistungsökonomischen Betrachtung sogenannter öffentlicher sozialer Dienstleistungen wird in Abgrenzung an die gewerbliche service-orientierte Herangehensweise die Bedeutung der Klientenorientierung sozialer Dienstleistungen deutlich, wo im Gegensatz zu einer gewinnorientierten Vorgehensweise eine Vielzahl von Interessenslagen kombiniert werden soll und daher ein Erlösinteresse des Sozialunternehmens sich in Angemessenheits- und Verhältnismäßigkeitsüberlegungen von Erlösen einordnen lässt (Sønderskov und Rønning 2021, S. 11). Die Ableitung von adäquaten Leistungsentgelten sozialer Dienstleistungen in der Sozialwirtschaft versinnbildlichen diese Entwicklung und bildet letztendlich in grober Analogie eine Annäherung an eine Grenzkostenpreis-Regel in einer traditionellen Marktökonomie wieder. Leistungsentgelte und deren Wiederverwendung hätten sich demnach dem sozialpolitischen Ziel zu widmen (vgl. Schellberg 2016, S. 161-162).

Der nachfolgende Beitrag soll sich der Frage stellen, in welcher Weise privatwirtschaftliches Interesse und soziale Sicherungsziele in einem Spannungsverhältnis in der Sozi-

alwirtschaft stehen können. Als Anwendungsbild soll der Bereich der Langzeitpflege, insbesondere der stationären Langzeitpflege, in den Blick genommen werden. In jüngerer Zeit versinnbildlichen Nachrichten über wachsende Insolvenzen von Betreibern und allgemeiner Schwierigkeiten der Branche die schon länger diskutierte Frage, ob und welcher Weise hier mögliche Zielkonflikte zwischen privaten Wettbewerbsinteressen und sozialer Gestaltung existieren können (vgl. Schulz-Nieswandt 2020, S. 39-45).

2. Sozialwirtschaft und die besondere „Quasi-Markt-Logik“

Die Sozialwirtschaft ist wesentlich dadurch gekennzeichnet, dass Soziale Dienstleistungen zur Deckung eines als gesellschaftlich relevanten Bedarfs in sogenannten Quasi-Markt-Beziehungen erbracht werden. Cremer et al. sprechen hier von einer hybriden Form zwischen Sicherstellung gesellschaftlich definierter Teilhabe- und Gerechtigkeitsziele und die Verbindung derartiger Zielsetzungen mit den Effektivitäts- und Effizienzinstrumenten marktlicher Steuerung (vgl. Cremer et al. 2018, S. 342-343).

Die Sozialwirtschaft und darin handelnde Sozialunternehmen befinden sich in einer „Quasi-Markt-Logik“, wo ausgerichtet an einer übergeordneten gesellschaftlichen Zielsetzung und einer bewussten institutionellen Verknüpfung von Regulierungen, die Bahnen für marktliches und wettbewerbliches Handeln eröffnet werden sollen, um die gesetzten gesellschaftlichen Bedarfssicherungsziele zu gewährleisten (vgl. Lange 2020, S. 34). So sollen etwa Gesundheits- oder auch Pflegeleistungen in regulierten Märkten nach Auswahlprinzipien dem einzelnen Hilfebe-

dürftigen zuordnenbar sein, sei es über Geldleistungen im Sinne von Kaufkrafttransfers oder durch organisierte Sachleistungen, die vom Hilfebedürftigen ausgewählt werden können und im Sinne eines sogenannten sozialrechtlichen Dreiecks von Kosten- und Leistungsträger beauftragt und von Sozialunternehmen erbracht werden (vgl. Lambers 2016, S. 69).

Zusätzlich lassen sich sozialräumliche Ansätze ergänzen, die an einer ex ante noch nicht spezifizierten bzw. nicht personalisierten Bedarfssituation in einem Lebensraum von potenziell mit Bedarfen ausgestatteten Personen ansetzen und somit in Formen kollektiver Sicherstellungsleistungen als de facto öffentliches Gut einzuordnen sind (vgl. Cremer et al. 2018, S. 348-349). Als Beispiel mögen Informationsleistungen in Langzeitpflege, etwa Pflegestützpunkte, oder sozialräumliche Budgets, etwa in der Jugendhilfe, greifen.

Für Sozialunternehmen gilt eine „Quasi-Markt-Logik“: Ziele der gesellschaftlichen Bedarfssicherung sollen weitgehend durch wettbewerbliches Handeln erreicht werden.

In dieser Hinsicht konstituiert sich ein Sozialmarkt aus einer gütertheoretischen Logik daraus, dass Individualgüter, die grundsätzlich einer Rivalität in der Nutzung unterliegen, etwa Kapazitäten in der Gesundheits- und Pflegeversorgung, und diese grundsätzlich auch exkludierbar sind, aus übergeordneten Gründen in eine ge-

sellschaftliche Bedarfsgarantie überführt werden, somit diese eine Meritorisierung erfahren (vgl. Cremer et al. 2018, S. 342-343) (vgl. Abbildung 1).

Darüber hinaus sind auch Güter in die sozialwirtschaftliche Betrachtung hineinzunehmen, die den Phänomenen eines Quasi-Kollektivgutes oder eines Allmendegutes entsprechen, d. h. entweder der Ausschluss ist für eine definierte Personengruppe ex ante nicht vorgesehen oder die Nutzung kann durch rein regionale Zugangsbegrenzung als partielle Rivalität organisiert werden. Im ersten Fall wäre das Beispiel der Notfallversorgung gemeint, wo zwar eine Kapazität regional geplant und vorgehalten werden muss, die Regionalität der Leistungsberechtigten nicht als Begründung für eine Exkludierbarkeit greifen darf, sondern allein die Bedarfslage zählt („überregionales Gemeingut“). Im zweiten Fall wäre eine KiTA-Leistung zu nennen, wo die Bedarfslage und die regionale Zuordnung von Bedarfsempfängern durchaus eine Rolle spielen, somit ein lokales Gemeingut zu unterstellen ist.

Die Anbieter sozialer Dienstleistungen, gerade für grundsätzlich exkludierbare Güter, sind in dieser Folge der

erwähnten doppelten Legitimation ausgesetzt (vgl. André und Pache 2016, S. 659), da sie im regulierten Wettbewerb den Präferenzentscheidungen der Klienten folgen sollen und parallel die soziale Zielsetzung der Kosten- und Leistungsträger abzubilden haben (vgl. Kortendieck 2022, S. 199-201). In Abgrenzung zu Quasi-Markt-Gütern erfolgt bei Gütern, deren Ausschluss grundsätzlich schwieriger oder gar nicht möglich erscheint, eine Zuverfügungstellung etwa durch Ausschreibung dieser Leistungen oder durch staatliche Leistungsbereitstellung. Es gilt aber festzuhalten, dass Sozialunternehmen grundsätzlich in beiden Räumen der Sozialwirtschaft tätig sind und sein können und somit diese als „Multileistungsbündelanbieter“ (Kortendieck 2022, S. 200) zu bezeichnen sind.

Im weiteren Sinne lässt sich für die Sozialwirtschaft ein Bild unterschiedlicher Risiko- und somit Finanzierungsverantwortlichkeiten bzw. Steuerungsmodi zuschreiben (vgl. Ellis und Fernandez 2013). In einem Sozialmarkt ist zunächst durch die Festlegung einer sozial-relevanten Bedarfslage ein Leistungsanspruch eines Berechtigten gegenüber einer staat-

Sozialmarkt – Güterkategorien in differenzierten Steuerungsmodi

		Konkurrenz in der Nutzung (Rivalität)		Steuerbarkeit
		niedrig	hoch	
Schwierigkeiten beim Ausschluss potenzieller Nutznießer	niedrig	Clubgüter/ lokale Gemeingüter	Individualgüter	Dezentrale Steuerbarkeit möglich/ „Quasi-Märkte“
	hoch	Kollektivgüter im eigentlichen Sinne	Gemeingüter mit überregionalen Bezug	Zentrale Steuerbarkeit zweckmäßig: Ausschreibungs- lösung oder staatliche Bereitstellung

Quelle: Eigene Darstellung in weiter Anlehnung an Salustri (2020, S. 18)



Abbildung 1: Ein Sozialmarkt konstituiert sich in einer gütertheoretischen Logik daraus, dass Individualgüter, die grundsätzlich einer Rivalität in der Nutzung unterliegen, aus übergeordneten Gründen in eine gesellschaftliche Bedarfsgarantie überführt werden.

lichen Institution gegeben und in der einfachsten Form erhält der Anspruchsberechtigte hier einen Geldleistungsanspruch. Mit dieser Geldleistung soll eine Bedarfslage durch den Kaufkrafttransfer an die Anspruchsberechtigten direkt gedeckt werden. Mit wachsender Komplexität von Bedarfslagen und der Notwendigkeit institutioneller Angebotsstrukturen zur Gewährleistung eines kapazitiv und qualitativ umzusetzenden Sozialanspruchs – exemplarisch im Gesundheits- und Pflegebereich – kommt der Quasi-Markt-Charakter des Sozialmarktes mit inkludierten Sozialunternehmen ins Spiel (vgl. Lange 2020, S. 19-48) und es liegt ein unterschiedliches Modell der Zuordnung des sozialrechtlichen Beziehungsdreiecks mit einer Strategie der Finanzierungs- und Risikoteilung zwischen Kosten- und Leistungsträger, Sozialunternehmen und Leistungsberechtigten vor.

3. Blick auf die Langzeitpflege- Herausforderungen zwischen Finanzierung und Gewinnorientierung?

Die Sozialwirtschaft als Ganzes bildet eine große Breite an Hilfsfeldern ab, gleichwohl nimmt der Bereich der Langzeitpflege innerhalb einer Abgrenzung von Sozialwirtschaft einen erheblichen Anteil ein (vgl. Schellberg 2018a). Als kurze Skizzierung lässt sich etwa festhalten, dass die (institutionell) erfassten altersbereinigten Pro-Kopf-Ausgaben für die Versicherten in der GKV im Zeitraum von 2001 bis 2015 mit dem Faktor 44,5 Prozent gestiegen sind, die Ausgaben für Pflege

in einem AOK-Datensatz um 54,2 Prozent (vgl. Breyer und Lorenz 2020). Übertragen auf die Leistungsseite konnte für das Jahr 2021 etwa im Bereich der ambulanten Pflege eine gesellschaftliche Bruttowertschöpfung von 21 Milliarden Euro angesetzt werden, im Bereich der (teil-) stationären Langzeitpflege von 24 Milliarden Euro (vgl. Bundesministerium für Wirtschaft und Klimaschutz 2023). Prognosen zur Investition in Langzeitpflegeplätzen kennzeichnen einen Bedarf an Langzeitpflegeplätzen – bei Fortschreibung der Pflegeprävalenzen und einer stärkeren Förderung von ambulanten Pflegearrangements – zwischen 153.000 bis 293.000 Pflegeplätzen bis 2030, was unter Annahme durchschnittlicher Raumgrößen und einer mittleren Auslastung von ca. 90 Prozent nach Schätzungen von Plöbl und Just einen Neubaubedarf von im Durchschnitt 300 Heimen pro Jahr zur Folge hätte (2020, S. 5-7).

Prognosen gehen bis zum Jahr 2030 von über 200.000 zusätzlichen Pflegeplätzen aus – das entspräche dem Bau von annähernd 300 Heimen pro Jahr.

Gerade die Insolvenz-Entwicklungen in jüngerer Zeit werfen jedoch den Blick auf die Substanz und Sicherstellung derartiger Investitionen in der stationären Langzeit-

Exemplarisches Finanzierungsmix in der Sozialwirtschaft Bayern 2018

Hilfsfeld	Leistungsentgelte	Zuschüsse	Selbstzahlungen	Wirtschaftliche Erträge	Eigenmittel/ Spenden	Sonstiges
KiTA	22%	53%	23%	-	1%	-
Einrichtungen für Menschen mit Behinderung	78%	10%	2%	8%	-	2%
Altenhilfe	66%	7%	25%	-	1%	-
Kinder- und Jugendhilfe	52%	39%	5%	-	4%	-

Quelle: Eigene Darstellung in unmittelbarer Anlehnung an Schellberg (2018a, S. 18)



Tabelle 1: Der Erlösmix freigemeinnütziger Sozialunternehmen in der Sozialwirtschaft in Bayern im Jahr 2018 zeigt über die verschiedenen Hilfsfelder einen unterschiedlichen Anteil der Erlöskategorien und eine Differenzierung gerade mit Blick auf öffentlich garantierte Erlöse.

pflege und auf die ökonomische Basis von Geschäfts- und Erlösmodellen in der Pflege.

Ein Blick auf das Erlösmodell der Langzeitpflege

Wie in allen Bereichen der Sozialwirtschaft ist ein Leistungsanbieter einem Finanzierungsmix aus unterschiedlichen Erlösquellen zugeordnet, die sich in drei Oberkategorien einteilen lassen (vgl. Christophers 2023), nämlich:

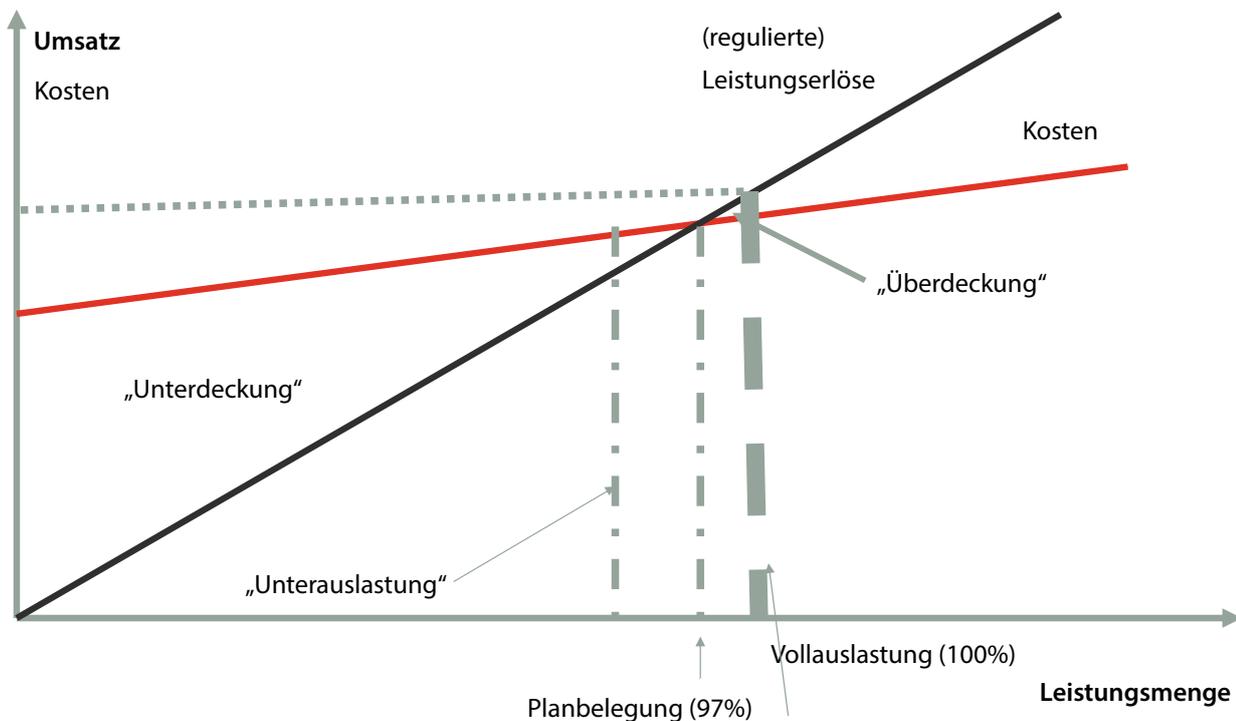
- a. Erlöse durch regulierte Entgelte/Honorierungen; im Sinne einer Finanzierungsteilung zwischen direkten leistungsbezogenen Entgelten, Zuschüssen oder auch im regulierten Rahmen Beiträgen durch die Leistungsberechtigten;
- b. Erlöse aus dem Selbstzahlerbereich bzw. Erträge aus bei gemeinnützigen Einrichtungen mit geringeren Anteil tätigen gewerblichen Betrieben sowie
- c. Erlöse aus Eigenmittel, insbesondere Rücklagen, aber auch Spenden oder Mitgliedsbeiträge (vgl. Schellberg 2018b, S. 507).

Ein Blick auf das Erlösmix freigemeinnütziger Sozialunternehmen in der Sozialwirtschaft in Bayern im Jahr 2018 zeigt über die relevanten Helfefelder der Sozialwirtschaft einen sehr unterschiedlichen Anteil der Erlöskategorien und eine Differenzierung gerade mit Blick auf öffentlich garantierte Erlöse, nämlich Leistungsentgelte und Zuschüsse (vgl. (Schellberg 2018a).

Es wird deutlich, dass ein fiktives Sozialunternehmen je nach Helfefeld in unterschiedlicher Weise ein Risiko- und Finanzierungsmix zu berücksichtigen hat. Mit Blick auf die stationäre Langzeitpflege gilt es die Bedeutung der verschiedenen öffentlichen Leistungsbestandteile, hier Leistungsentgelte und Zuschüsse, sowie der Eigenbeiträge der Pflegebedürftigen noch gesondert in den Blick zu nehmen. In idealtypischer Sicht bildet sich die Erlösbetrachtung für einen angebotenen Pflegeplatz aus folgenden miteinander verknüpften Finanzierungsbestandteilen, nämlich

1. Vergütung allgemeiner Pflegeleistungen,
2. Erlöse für Unterkunft und Verpflegung und

Anreizproblematik in der stationären Altenpflege



Quelle: Eigene Darstellung in direkter Anlehnung an Kortendieck (2022, S. 202)



Abbildung 2: Bei einer Auslastung von über 95 Prozent und unter Annahme einer linearen Erlösfunktion ergibt sich eine schmale Überschusszone, gleichzeitig führt aber eine Unterenauslastung sofort zu einer spürbaren Unterdeckung.

3. Erlöse zur Finanzierung des Investitionsbedarfs sowie
4. Zusatzerlöse (vgl. Christophers 2023, S. 341-351).

Bei Betrachtung der drei Hauptkategorien 1-3, die in einem regulierten Rahmen mit den Kosten- und Leistungsträgern des SGB XI, nämlich den Pflegekassen, sowie den Sozialhilfeträgern gemäß SGB XII zu verhandeln sind, ergeben sich folgende Kostenteilungen im sozialrechtlichen Beziehungsdreieck.

Unterdeckungen sind nicht durch mangelnde Nachfrage nach Pflegeleistungen begründet. Die notwendigen Pflegekräfte sind nicht (mehr) vorhanden.

Bei der ersten Kategorie zahlen die Pflegekassen gemäß Pflegegrad einen gedeckelten Betrag an den Leistungserbringer, den überschüssigen Anteil der anrechnungsfähigen Kosten für Pflegeleistungen, hier ist in erster Linie der Personalschlüssel gemeint, ist dem Pflegebedürftigen als einrichtungseinheitlicher Eigenanteil zuzuschlüsseln. Sollten die Pflegebedürftigen diesen nicht mehr zahlen können, greift die Einstandspflicht der Verwandten ersten Grades bzw. dann nachrangig des Sozialhilfeträgers. Bei den Hotelkosten ist der Pflegebedürftige unmittelbar zahlungspflichtig mit Nachrangigkeitsverpflichtungen der Angehörigen und des Sozialhilfeträgers (vgl. Plöbl und Just 2020, S. 16-17).

Bei der Kategorie Investitionskosten kommt die Mitwirkungspflicht der Bundesländer gemäß Paragraf 9 SGB XI ins Spiel, die aber nicht zwingend eine Investitionsverpflichtung der Bundesländer nach sich zieht und letztendlich häufig ebenfalls zu einer Finanzierungsverpflichtung des Pflegebedürftigen durch die Umlage führt. Diese Finanzierungslogik ist in vielerlei Hinsicht in der wissenschaftlichen wie gesundheitspolitischen Kritik (vgl. Rothgang 2023), adressiert aber letztendlich die betriebswirtschaftlich notwendige Austarierung des Pflegeheimbetreibers (vgl. Abbildung 2), zusätzliche Investitionen beispielweise zurückhaltend zu interpretieren und gleichzeitig Leistungsentgelte an der Zielerreichung einer Kapazitätserreichung zu orientieren (vgl. Kortendieck 2022, S. 202).

Bei Annahme eines hohen Fixkostenanteils der Dienstleistungsproduktion und leicht steigenden Kosten mit wachsender Auslastung liegt eine verhandelte Gewinnschwelle bei einer Mindestauslastung von beispielsweise 97 Prozent

Auslastung vor. Mit höherer Auslastung und Annahme einer linearen Erlösfunktion ergibt sich eine schmale Überschusszone, gleichzeitig führt aber eine Unterauslastung sofort zu einer spürbaren Unterdeckung.

Mit Blick auf aktuelle Entwicklungen in der Pflegewirtschaft sind Unterdeckungen jedoch kaum durch mangelnde Nachfrage nach Pflegeleistungen begründet, es besteht ein weiterhin ungedeckter Bedarf nach Pflegeplätzen, sondern Kapazitäten können häufig nicht erreicht werden, weil die notwendigen Pflegekräfte, die zur Sicherstellung der Kapazitäten gemäß Pflegeschlüssel notwendig wären, nicht oder nicht mehr vorhanden sind und sich hier auch ein Effekt, der in Corona-Krise deutlich wurde, fortentwickelt (vgl. Riedlinger et al. 2021). Dies lenkt den Blick wieder auf die Bedeutung von Erlös- und Gewinnzielen und der Bedeutung der Unternehmenseigenschaft.

Investorenmodelle haben an Bedeutung gewonnen, die über Miet- und Pachtverträge die Refinanzierung umsetzen.

Strategien für Sozialunternehmen: eine Rekapitulation

Das aufgezeigte Anreizkorsett in der stationären Altenpflege lässt prima facie drei grundsätzliche Ansatzelemente deutlich werden, um Wirtschaftlichkeitseffekte zu realisieren:

Erlösstrategien sind, wie auch Kortendieck (2022) deutlich macht, im Kontext des Quasi-Marktes Pflege und bei gegenwärtiger Gestaltung der Leistungsentgelte wenig realistisch, zumindest mit Blick auf Erträge aus Leistungsentgelten. Genau an dieser Stelle setzen Ansatzpunkte zur Diversifikation von Leistungen an, die aber nur dann zu Zusatzentgelten führen können, wenn es hinreichend (regulativ) möglichen Raum und auch Zahlungsbereitschaft von potenziellen Leistungsempfängern geben würde, Zusatzleistungen nachzufragen. Wenn diese Strategien weniger zielführend erscheinen, gewinnen Kosten- und insbesondere Finanzierungsansätze aus externen Quellen eine höhere Bedeutung (vgl. Kortendieck 2022, S. 204-206). Konsolidierungsstrategien etwa durch Verbundlösungen gemeinsamer Ressourcennutzung sind jedoch von verschiedenen Kosten- und Erlöseinflussfaktoren abhängig, die sich im Regulierungsrahmen der Refinanzierung einordnen lassen müssen.

Ein Pflegeheimbetreiber hat etwa die Frage zu beantworten, ob er selbst die Investition in eine Pflegeimmobilie vornimmt oder hier eher ein Investitionsmodell durch einen Betreiber nutzen will, gerade mit Blick auf die im Bereich von freigemeinnützigen Betreibern geringen Kapitalrückstellungen (vgl. Kortendieck 2022, S. 204-205). Vor diesem Hintergrund haben Investorenmodelle an Bedeutung gewonnen, die über Miet- und Pachtverträge die Refinanzierung umsetzen (vgl. Christophers 2023, S. 349-350). Hier setzt die Bedeutung der Umlagefähigkeit von Investitionskosten an. Sollte es staatliche Zuschüsse geben, reduziert sich der Investitionskostenanteil, ansonsten würde die Refinanzierung über die Umlage an den Pflegedürftigen bzw. den Angehörigen zu organisieren sein.

Aus der Literatur lassen sich nur bedingt übertragbare Ergebnisse zu Zielantinomien zwischen Kapitalgebern und Versorgungszielen ableiten.

So kommt eine Deckelung der Investitionsmodelle, etwa durch die Fragen der Anrechenbarkeit von Abschreibungselementen oder Kreditzinsen bzw. auch der der Passung der Laufzeit von genehmigten Abschreibungen und realen Kreditzinsen, die u. U. nicht passig sind, ins Spiel. Eine Querfinanzierung der Investitionskosten aus der Säule der allgemeinen Leistungen zur Pflege ist wiederum nicht möglich. In dieser Hinsicht gilt es die föderale Struktur über Heimgesetze in den Blick zu nehmen, die allein über die kosteninduzierten Vorgaben der Raumgröße bzw. der Ausstattung von Pflegezimmern bis hin zu Mindestpflegeschlüsseln die Heterogenität für einen Konsolidierungskurs bei Pflegeheimanbietern nicht erleichtern (vgl. Plöbl und Just 2020, S. 30-32). Gleichwohl zeigt allein die Investitionsfragestellung die Bedeutung zusätzlicher Kapitalquellen auf, neben sporadischer öffentlicher Förderungsprogramme die Bereitschaft von Investoren in den Altenpflegesektor zu investieren zu nutzen.

4. Eine Rekapitulation des Gewinnziels in der Pflege und in der Sozialwirtschaft

Es gilt zu unterscheiden, ob grundsätzlich der Blick auf einen privaten Betreiber einer Pflegeeinrichtung gelegt wird oder besondere privatwirtschaftliche Investitionsmodelle

in den Blick genommen werden, wo wie in sogenannten Private-Equity-Modellen die Refinanzierungsperiode kürzer ist und die Investoren nach einer definierten Zeit entsprechende Kapitalrückflüsse generieren möchten (vgl. Brereton 2021, S. 464).

Welche Rolle soll privates Kapital als ergänzende Finanzierung, gerade auch als Anschubfinanzierung für Investitionsprojekte im sozialen Bereich, spielen (Müller 2017, S. 45-46)? Untersuchungen aus den Vereinigten Staaten zum Zusammenhang zwischen Private-Equity-Modellen in der Langzeitpflege können festhalten, dass ein größerer Anteil des Investments an Long-Term-Facilities durch private Investitionen getätigt worden sind und diese vor allem einen Vorteil in der Effizienz der Koordination von Pflegeverläufen und dem dazu nötigen Managementwissen haben (vgl. Brereton 2021, S. 464-465).

Aus der internationalen Literatur lassen sich nur bedingt übertragbare Ergebnisse zu möglichen Zielantinomien zwischen privaten Kapitalgebern und gesellschaftlichen Versorgungszielen ableiten (vgl. Bůžek und Scheuplein 2022; Gupta et al. 2021). Brereton unterstreicht (2021) jedoch eine unzureichende institutionelle Verknüpfung der unterschiedlichen Anreizlagen von Investoren, Betreibern, Pflegeakteuren und Kostenträgern. Somit lässt sich mit Blick auf die deutsche Situation, mit standardisierten Vorgaben etwa zu Pflegeschlüsseln, zu Qualitätszielen und einem standardisierten Ansatz zur Leistungsvergütung, ein Zusammenhang zwischen Trägerschaft und möglichen Qualitätseffekten nicht unmittelbar ableiten, aber die Bedeutung des institutionellen Rahmens betonen.

Hier können Analogien zu jüngsten Arbeiten von Bůžek und Scheuplein (2022) gezogen werden, die die Wertschöpfungsketten zwischen Private-Equity-Unternehmern und lokalen Betreibern etwa von Medizinischen Versorgungszentren in Bayern untersucht haben. Die Problematik der institutionellen Vergütungsregelungen für eine ausreichende Refinanzierung von Pflegekapazitäten, etwa in der versäulten Struktur der Entgeltkategorien wie oben dargestellt, als auch die unterschiedlichen heterogenen Vorgaben auf Länderebene in Deutschland unterstreichen die Bedeutung, den Abgleich von unternehmerischen Governance-Regelungen als auch der rahmenden Regulierung bei der Diskussion von investiven Sozialkapitals in der Sozialwirtschaft in den Blick zu nehmen.

Die relevante Frage ist daher weniger die Gewinnverwendung im unmittelbaren Sinne als der Aspekt, welche

Gewinnmargen zulasten anderer Marktteilnehmer, seien es Mitarbeiter und Gepflegte oder Konkurrenten, erzielt werden bzw. die Frage ordnungspolitisch zu adressieren, ob und welche Governance-Regelungen zu einem Gleichgewicht zwischen notwendigen privatwirtschaftlichen Renditeziel oder erwarten sozialwirtschaftlichen Rendite beitragen können (vgl. Burmester und Wohlfahrt 2017).

Quasi-Märkte wie in der Sozialwirtschaft sind nicht nur auf eine spezifisch fassbare und mit klarer Produktionsstrategie abgrenzbare Leistung fokussiert, sondern verknüpfen vielfältige sich ergänzende Leistungen im Sozialraum. Je stärker diese Aspekte sozialpolitisch und dann instrumentiert durch Kosten- und Leistungsträger in den Quasi-Markt hinein an Bedeutung gewinnen, je stärker geht es um eine Multidimensionalität von Leistungszielen, die somit auch die Bedeutung einer Qualitäts- und Wirkungsorientierung über eine reine marktliche Wertschöpfung hinaus notwendig macht. Insbesondere steht die Frage im Raum, in welchen Rahmungen und Regulierungen sowohl For-Profit- und Non-For-Profit-Unternehmen tätig sind und insbesondere wo durch Marktmachtstrategien die Bedeutung des Purpose-Zieles an Bedeutung verlieren kann bzw. die Frage sich stellt, ob beispielsweise Vorgaben zur rechtlichen Konstitution von Unternehmen diesem Purpose-Ziel besonders Vorschub leisten können und sollen (vgl. Hoffmann und Schumacher 2022).

In dieser Weise lässt sich keine stringente Argumentationslinie für oder wider privaten Kapitals eröffnen, vielmehr wird die Bedeutung ergänzender Investitionen gerade mit Blick auf soziale Innovationen deutlich. Die Literatur zum Wirkungspotenzialen sogenannter Social Impact Bonds erweitert beispielsweise das sozialrechtliche Dreieck, indem Sozialleistungsträger bewusst Zuwendungen privater Kapitalgeber in einem regulierten Kontext fördern und zulassen, wenn private Zuwendungsgeber im Sinne eines Sozialen Return on Investment aus dieser Investition eine alternative Rendite für ihr Kapital sehen (vgl. Kaspers 2018).

Dies kann gerade dann gültig werden, wenn dieses selbst aus einer Zweckbindung entsprechend eingesetzt werden soll, wie es beispielsweise bei Stiftungen der Fall ist. Auch wenn diese Form von ergänzender Finanzierung im Sozialmarkt wohl einen ergänzenden Charakter haben wird, bleibt es doch festzuhalten, dass die Frage der Gewinnverwendung durch eine Frage der Investitionsentscheidung im Lichte einer ex ante definierten Zielorientierung interpretiert werden kann, was den Bogen zu

Ansätzen eines „Value for a Purpose“ (Besley und Ghatak 2017) eröffnet.

Dies gilt insbesondere dann, wenn Sozialunternehmen nicht aus den Konzepten der Gewinnerstehung und -verwendung, sondern eher aus der Perspektive betrachtet werden, ob Unternehmen sich (freiwillig) dem Unternehmensziel eines übergeordneten sozialen Zieles (Purpose) zuordnen und nach den Bedingungen eines dem Ziel zugeordneten sozialen Zielen tätig sind. Somit wäre die Frage der Gewinnerzielung als nachrangig zu interpretieren, sondern bei Sozialunternehmen, wie es auch Besley und Ghatak formulieren, läge der Blick eher darauf gerichtet, ob die unternehmerische Governance dem handelnden Manager die Entscheidungskompetenz bewusst zuordnet wird, zwischen Gemeinwohl- und Unternehmensinteresse optimieren zu können (2017, S. 20).

Genau an dieser Stelle gewinnt die Bedeutung der Wirkungsanalyse über unterschiedliche Stakeholder an Relevanz, gerade privatwirtschaftliche und soziale Ziele entsprechend auszuloten (vgl. Kehl et al. 2018). Die Auseinandersetzung, ob die gewählte unternehmerische Zuordnung dann For-Profit oder Non-for-Profit ist, ist eher ein Aspekt der Passung des Unternehmens zu den Leistungs- und Sicherungszielen im jeweiligen Quasi-Markt, konstituiert denselben aber nicht grundsätzlich. Defourny und Nyssens interpretieren hier verschiedene institutionell-organisatorische Sozialunternehmensstypen (Defourny und Nyssens 2017), die sich in Analogie an die Abbildung 1 an den Güterkategorien orientieren, ob eine dezentrale Steuerung oder zentrale Steuerung notwendig ist, um eher gesellschaftliche Ziele oder eher kapitalorientierte Ziele zu verwirklichen.

Bei Sozialunternehmen ist entscheidend, ob die Governance dem Manager erlaubt, zwischen Gemeinwohl- und Unternehmensinteresse zu optimieren.

Diese Interpretation eröffnet vielfältige Interpretationsspielräume in der sozialunternehmerischen Umsetzung der sozialrechtlichen Zielsetzung als endogenen Impetus für die eigenen unternehmerischen und organisatorischen Ziele, eine Non-For-Profit-Orientierung oder Gemeinwohlorientierung wäre eine Ausprägung der unternehmerischen

Umsetzung des sozialen Leistungsziels (vgl. Gonin 2015, S. 147). Letztendlich greift das Bild der Trägerpluralität am Prinzip an, dass jedes Unternehmen, das öffentlich bzw. solidarisch-finanzierte Leistungsbeziehungen mit sozialen Dienstleistungen adressiert, den Bedingungen dieses Marktes zu folgen hat, eine Umsetzung in eine eigenständige, endogene „Non-Profit-Orientierung“ ist jedoch nicht zwangsläufig notwendig.

E-Mail-Kontakt:
juergen.zerth@ku.de

Literatur

- André K, Pache SC (2016): From Caring Entrepreneur to Caring Enterprise: Addressing the Ethical Challenges of Scaling up Social Enterprises. *Journal of Business Ethics* 133, 659-675.
- Besley T, Ghatak M (2017): Profit with Purpose? A Theory of Social Enterprise. *American Economic Journal: Economic Policy* 9 (3), 19-58.
- Breton A (2021): Toward a Preliminary Theory of Organizational Incentives: Addressing Incentive Misalignment in Private Equity-Owned Long-Term Care Facilities. *American Journal of Law & Medicine* 47, 455-476.
- Breyer F, Lorenz N (2020): Wie nachhaltig sind die gesetzliche Kranken- und Pflegeversicherung finanziert? *Wirtschaftsdienst* 100, 591-596.
- Bundesministerium für Wirtschaft und Klimaschutz (2023): Pflegewirtschaft. Online verfügbar unter <https://www.bmwk.de/Redaktion/DE/Artikel/Branchenfokus/Wirtschaft/branchenfokus-pflegewirtschaft.html>, zuletzt geprüft am 29.07.2023.
- Burmester M, Wohlfahrt N (2017): Sozialinvestive Sozialpolitik und die Messbarkeit sozialer Interventionen. Impact Investment und Social Impact Bonds als Katalysator der Wirkungsdebatte im Sozialsektor. In: Burmester E, Dowling E, Wohlfahrt N (Hg.): Privates Kapital für soziale Dienste? Wirkungsorientiertes Investment und seine Folgen für die Soziale Arbeit. Baltmannsweiler: Schneider Verlag, 91-107.
- Bůžek R, Scheuplein C (2022): The Global Wealth Chains of Private-Equity-Run Physician Practices. *Tijdschrift voor Econ & Soc Geog* 113 (4), 331-347.
- Christophers H (2023): Umsatzgestaltung in der Seniorenwirtschaft. In: Reinhardt EM, Grunwald K (Hg.): Seniorenwirtschaft. Management und Perspektiven. Wiesbaden: SpringerVS, 339-364.
- Cremer G, Fritz R, Goldschmidt N (2018): Soziale Dienstleistungen und Quasi-Märkte in der Sozialen Marktwirtschaft. *Zeitschrift für Politik* 65 (3), 335-354.
- Defourney J, Nyssens M (2017): Fundamentals for an International Typology of Social Enterprise Models. *Voluntas* 28, 2469-2497.
- Ellis RP, Fernandez JG (2013): Risk selection, risk adjustment and choice: concepts and lessons from the Americas. *International journal of environmental research and public health* 10 (11), 5299-5332.
- Finis Siegler B (2021): Meritorik in der Sozialwirtschaft. Warum die Sozialwirtschaft ein anderes Ökonomiemodell braucht. In: Finis Siegler B (Hg.): Entwicklung einer Ökonomik Sozialer Arbeit aus der Retrospektive. Wiesbaden: SpringerVS, 229-252.
- Gonin M (2015): Auswirkungen des Social-Entrepreneurship-Trends für das Sozialmanagement in der Schweiz. In: Bernadette Wüthrich JA, Fritze A (Hg.): Soziale Versorgung zukunftsfähig gestalten. Wiesbaden: SpringerVS, 143-150.
- Gupta A, Howell S, Yannelis C, Gupta A (2021): Does private equity Investments in Healthcare benefit Patients evidence from Nursing Homes. National Bureau of Economic Research. Cambridge, MA (Working Paper 28474). Online verfügbar unter <http://www.nber.org/papers/w28474>, zuletzt geprüft am 30.07.2023.
- Hoffmann F, Schumacher H. (2022): Rechtliche Gestaltungsmöglichkeiten der Purpose Economy im Gesundheitswesen. *Public Health Forum* 30, 180-184.
- Kaspers U (2018): Social Impact Bonds: Ein unternehmerischer Ansatz zur Beförderung messbarer und relevanter sozialer Veränderung? In: Grillitsch W, Brandl P, Schuller S (Hg.): Gegenwart und Zukunft des Sozialmanagements und der Sozialwirtschaft. Aktuelle Herausforderungen, strategische Ansätze und fachliche Perspektiven. 2. Auflage. Wiesbaden: SpringerVS, 385-399.
- Kehl K, Then V, Rauscher O, Schober, C (2018): Wirkung und Wirkungsmessung von Innovationen in Organisationen des Sozialwesens. In: Eurich J, Glatz-Schmallegger M, Parpan-Blaser A (Hg.): Gestaltung von Innovationen in Organisationen des Sozialwesens. Rahmenbedingungen, Konzepte und Praxisbezüge. Wiesbaden: SpringerVS, 275-296.
- Kortendieck G (2022): Strategien bei knappen Kassen. In: Gehrlach C, Von Bergen M, Eiler K (Hg.): Zwischen gesellschaftlichem Auftrag und Wettbewerb. Sozialmanagement und Sozialwirtschaft in einem sich wandelnden Umfeld. Wiesbaden: SpringerVS, 195-212.
- Lambers H (2016): Sozialwirtschaft in der Renditefalle? Ein Plädoyer für mehr ökonomische Bescheidenheit in der Sozialwirtschaft. In: Wöhrle A (Hg.): Moral und Geschäft. Positionen zum ethischen Management in der Sozialwirtschaft. Baden-Baden: Nomos-Verlag, 65-78.
- Lange T (2020): Hybrider Wohlfahrtskorporatismus. Eine Analyse zur Veränderbarkeit des Pflegesystems und der Wohlfahrtsverbände. Wiesbaden: SpringerVS.
- Müller J (2017): Private Finanzinvestitionen als Mittel zur Finanzierung öffentlicher Aufgaben. Eine zivilgesellschaftliche Aufgabe. In: Burmester M, Dowling E, Wohlfahrt N (Hg.): Privates Kapital für soziale Dienste? Wirkungsorientiertes Investment und seine Folgen für die Soziale Arbeit. Baltmannsweiler: Schneider Verlag, 37-56.
- Needleman J (2001): The role of nonprofits in health care: *Journal of Health Politics, Policy and Law* 26, 1113-1130.
- Newhouse J (1970): Toward a Theory of Nonprofit Institutions: An Economic Model of a Hospital. In: *American Economic Review* 60 (1), 64-74.
- Plöbl F, Just T (2020): Studie zum PFLEGEMARKT 2030: Pflegekapazitäten nachfragegerecht ausbauen. Hg. v. IRE/BS International Real Estate Business School. Universität Regensburg. Regensburg.
- Riedlinger I, Lämmel N, Boscher C, Planer K (2021): „Und der Markt ist einfach leergefegt“. *Arbeit* 30, 151-169.
- Rothgang H (2023): Zur Notwendigkeit einer Finanz- und Strukturreform der Pflegeversicherung. *Bundesgesundheitsblatt* 66, S. 498-507.
- Salusti A (2020): Social and solidarity economy and social and solidarity commons: Towards the (re)discovery of an ethic of the common good? *Annals of Public and Cooperative Economics* 92, 13-32.
- Schellberg K (2016): Auch Unwirtschaftlichkeit kann Sünde sein - vom ethischen Wert des Gewinns im Sozialunternehmen. In: Wöhrle A (Hg.): Moral und Geschäft. Positionen zum ethischen Management in der Sozialwirtschaft. Baden-Baden: Nomos-Verlag, 151-169.
- Schellberg K (2018a): Bericht Sozialwirtschaft Bayern 2018. Hg. v. Freie Wohlfahrtspflege Landesarbeitsgemeinschaft Bayern. Online verfügbar unter <https://www.freie-wohlfahrtspflege-bayern.de/informationen/studien-und-berichte/>, zuletzt geprüft am 29.07.2023.
- Schellberg K (2018b): Finanzierung in der Sozialwirtschaft. In: Grunwald K, Langer A (Hg.): Sozialwirtschaft. Handbuch für Wissenschaft und Praxis. Baden-Baden: Nomos, S. 499-513.
- Schulz-Nieswandt F (Hg.) (2020): Der Sektor der stationären Langzeitpflege im sozialen Wandel. Wiesbaden: Springer.
- Sønderskov M, Rønning R (2021): Public Services Logic: An Appropriate Recipe for Improving Serviceness in the Public Sector? *Administrative Science* 11:64, 1-15.

PROF. DR. JÜRGEN ZERTH



Prof. Dr. Jürgen Zerth hat eine Professur für Sozialmanagement in Einrichtungen des Sozial- und Gesundheitswesens an der Katholischen Universität Eichstätt-Ingolstadt inne. Er war von 2000 bis 2010 Geschäftsführer der Forschungsstelle für Sozialrecht und Gesundheitsökonomie an der Universität Bayreuth. Von 2010 bis 2012 leitete Jürgen Zerth das Forschungsinstitut der Diakonie Neuendettelsau (jetzt Diakoneo). Ab 2012 bis September 2022 übernahm er die Professur für Wirtschaftswissenschaften (Gesundheitsökonomie) an der SRH Wilhelm Löhe Hochschule in Fürth. Seine Forschungsschwerpunkte liegen in Fragen angewandter Gesundheitsökonomik, Aspekten der Evaluation und Wirkungsanalyse, sowie Technikbewertung und -evaluation in der Pflege.



Quelle: KU Eichstätt-Ingolstadt

Geld und Gesundheit – Patientennutzen zählt

Rechtlicher Rahmen der neuen Versorgungsrealität – Forderungen und Umsetzungsfragen

PROF. DR. STEFAN HUSTER, RUHR-UNIVERSITÄT BOCHUM



Die gegenwärtige Diskussion über Reformen im System der Gesundheitsversorgung ist maßgeblich von der Sorge vor einer zunehmenden Ökonomisierung getrieben. So nachvollziehbar diese Sorge im Grundsatz ist, so schwierig sind die konkreten Lösungen, wie anhand der Diskussionen über die Krankenhausstruktur und die Trägerschaft von MVZs gezeigt werden soll.

Begrifflicher, rechtlicher und politischer Rahmen der gesundheitspolitischen Reformdiskussion

Schon angesichts der sich ständig wandelnden Rahmenbedingungen politischer, ökonomischer, demographischer, wissenschaftlich-technischer und kultureller Art ist das System der Gesundheitsversorgung eine Reformdauerbaustelle – und es spricht wenig dafür, dass sich das jemals ändern wird. Angesichts der Veränderungsdynamik ist es aber umso wichtiger, gelegentlich einen Schritt zurückzutreten und sich die grundlegenden Ziele jeder Reformbemühung, deren verfassungsrechtlichen Rahmen und die politischen Erwartungen zu verdeutlichen.

Dabei lassen sich die **Ziele** des Versorgungssystems, auf die auch jede Reform verpflichtet ist, in drei Begriffen prägnant zusammenfassen: Qualität, Solidarität, Wirtschaftlichkeit. Wir wollen ein System, dass (1) eine medizinische Versorgung auf hohem Niveau bietet. Dieses grundlegende Versorgungsziel gerät erstaunlicherweise angesichts der Vielfalt der Partikularinteressen gar nicht mehr so recht in den Blick, wenn z. B. das „Patienteninteresse“ nur noch als ein Belang unter vielen wahrgenommen wird. Dabei ist es doch dieses Interesse an einer Versorgung mit möglichst hoher Qualität, das alle Bemühungen erst in Gang setzt. Diese Versorgung sollte (2) solidarisch in dem Sinne sein, dass die (gute) Normalversorgung jedermann zur Verfügung steht. In der deutschen Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) wird dieses solidarische Element im Kern auf der Finanzierungsseite dadurch realisiert, dass die Versicherungsbeiträge einkommensabhängig und indifferent gegenüber dem individuellen Gesundheitsrisiko sind. Das ist ein Weg, Solidarität zu implementieren, aber sicherlich

nicht der einzige Weg, da Elemente des sozialen Ausgleichs auch an anderer Stelle des Transfersystems integriert werden könnten. Wichtig ist es in einem Sozialstaat nur, dass niemand aus finanziellen Gründen von der Normalversorgung ausgeschlossen wird. Schließlich muss (3) sichergestellt werden, dass die Kosten für das Versorgungssystem tragbar bleiben und ein akzeptables Kosten-Nutzen-Verhältnis besteht.

Gesundheitsversorgung ist wichtig, aber das Gemeinwesen verfolgt auch andere wichtige Projekte, die ebenfalls ressourcenintensiv sind und die daher unvermeidlicherweise in ein gewisses Konkurrenzverhältnis zum Versorgungssystem geraten. Wie die Prioritäten dann gesetzt werden, muss im politischen Prozess geklärt werden. Dabei wird man anerkennen müssen, dass schon die drei Ziele des Versorgungssystems nicht immer miteinander harmonisieren, sondern auch in ein Spannungsverhältnis geraten können: So kann eine Steigerung der Qualität kostentreibend sein; Anreize zur Effizienz (z. B. durch Zuzahlungen) können den gleichen Zugang einschränken; kostenintensivste Spitzenmedizin wird man manchmal aus dem kollektiven Versorgungssystem ausschließen müssen, weil sie nicht für alle Bedürftigen finanzierbar wäre. Das sind Zielkonflikte – insbesondere von Gestaltungs- und Verteilungswirkungen –, die ubiquitär sind und sich erwartbarerweise auch in der Gesundheitspolitik wiederfinden.

Reformziele

1. Qualität: medizinische Versorgung auf hohem Niveau
2. Solidarität: „Normalversorgung“ für jedermann zugänglich

3. Wirtschaftlichkeit: Kostenbegrenzung und akzeptables Kosten-Nutzen-Verhältnis – Spannungsverhältnisse und Zielkonflikte!

Das Grundgesetz verpflichtet den Staat nur zur Gewährleistung eines funktionsfähigen Versorgungssystems.

Dabei besitzt die Politik zur Bewältigung dieser Zielkonflikte einen weiten **verfassungsrechtlichen** Gestaltungsspielraum. Das Grundgesetz verpflichtet den Staat nur zur Gewährleistung eines funktionsfähigen Versorgungssystems; wie dieses im Einzelnen organisiert und ausgestaltet wird, ist verfassungsrechtlich nicht determiniert. Auch die gegenwärtig das GKV-System dominierenden Selbstverwaltungsstrukturen sind nach ganz überwiegender Ansicht nicht verfassungsfest. Politisch nicht disponibel ist demgegenüber der Föderalismus; so spielt etwa die Kompetenz der Länder für die Krankenhausplanung eine wichtige Rolle in der gegenwärtigen Diskussion über die Reform der Kliniklandschaft (vgl. sogleich). Und ebenso zu beachten sind die Grundrechte der Leistungserbringer, soweit das Versorgungssystem die Erbringung der Leistungen im Wesentlichen durch Private (und nicht durch einen staatlichen Gesundheitsdienst o.ä.) vorsieht; auch das ist gerade für die Regulierung der MVZ-Trägerschaft (vgl. unten) wichtig. In dem weiten verfassungsrechtlichen Rahmen gibt es aber natürlich politische Erwartungen, die jede Reformdiskussion berücksichtigen muss, wenn sie Realisierungschancen haben will.

Politische Erwartungen: Das Problem der Ökonomisierung

Hingewiesen sei hier darauf, dass in der aktuellen Reformdiskussion viele Stimmen insbesondere anmahnen, dass sich im Versorgungssystem eine „Ökonomisierung“ oder „Kommerzialisierung“ entwickelt habe, die die Verfolgung der grundlegenden Versorgungsziele gefährde und die daher einzudämmen sei. Aus der Vielzahl der Stellungnahmen sei dazu nur der Beschluss des 126. Deutschen Ärztetags 2022 erwähnt, der die Zentrale Ethikkommission bei der Bundesärztekammer (ZEKO) bittet, „ökonomische Mechanismen und Zwänge des kommerzialisierten Gesundheitsmarktes einer ethischen Reflektion zu unterziehen“.¹ Zur Begründung wird ausgeführt:

„Die ‚alternativlosen‘ Prinzipien von Markt und Wettbewerb durchdringen auch in Deutschland mittlerweile fast alle Lebensbereiche. Im Gesundheitswesen führt die Regel, dass ‚nur zählt, was zählbar ist‘, zu einer schleichenden Entwertung der Sorgearbeit bei Überbewertung technischer Prozeduren. Jahrelange Diskussionen über Fehlanreize, Mengenausweitung und ‚Rosinenpicken‘ konnten diese Entwicklung nicht einmal verlangsamen. Der Verweis auf die professionelle Selbstverpflichtung der Ärzteschaft bleibt wirkungslos, weil diese zwischen ‚rivalisierenden Zentralwerten‘ – auf der einen Seite Anspruch des individuellen Patienten auf bestmögliche Behandlung, andererseits Forderung der Gesamtgesellschaft nach Begrenzung der dafür einzusetzenden Ressourcen – zerrieben wird. Der gesamtgesellschaftliche Diskurs über die Ziele und Limitationen des Gesundheitswesens genauso wie über die dafür eingesetzten Methoden ist überfällig und kann nur zu konkreten Verbesserungen führen, wenn er auf institutioneller Ebene koordiniert und ergebnisorientiert ausgewertet wird.“

Begleitet werden derartige berufspolitische Stellungnahmen von einer anschwellenden wissenschaftlichen Diskussion zur Ökonomisierungsproblematik², insbesondere im Gesundheitswesen.³ Dabei wird man das Kind nicht mit dem Bade ausschütten dürfen: Dass auch das Versorgungssystem unter einschränkenden ökonomischen Rahmenbedingungen steht und dass mit Medizin auch Geld verdient wird, sind keine neuen Phänomene und als solche auch nicht kritikwürdig. „Geld spielt keine Rolle“ o.ä. ist sicherlich keine zielführende Devise; auch grobe Gegenüberstellungen von „Medizin vs. Ökonomie“ oder – noch schlimmer – „Ethik vs. Monetik“ helfen nicht weiter: Gerade weil die Gesundheits-

versorgung so hohe Bedeutung besitzt und die Ressourcen begrenzt sind, sind ein kostenbewusster Umgang mit den vorhandenen Mitteln und eine effiziente Organisation des Systems wichtig und auch ethisch geboten.

Dass mit Medizin auch Geld verdient wird, ist kein neues Phänomen und als solches auch nicht kritikwürdig.

Unter einer problematischen Ökonomisierung oder Kommerzialisierung wird man daher etwas anderes verstehen müssen, nämlich das imperialistische Übergreifen ökonomischer Handlungsimperative auf das originäre Feld ärztlicher Entscheidungen nach medizinischen Kriterien. Tatsächlich ist es diese Entwicklung, die nicht selten beschrieben und befürchtet wird: dass Ärzte ihre Entscheidungen nicht mehr am Patientenwohl orientieren, sondern an betriebswirtschaftlichen Zielvorgaben. Sollte diese Entwicklung eintreten oder gar bereits eingetreten sein, wäre dies tatsächlich eine existenzielle Bedrohung für das Versorgungssystem, weil sie dessen Integrität in Frage stellte und damit die Basis jeder Sozialbeziehung in Frage stellt: das Vertrauen. Nicht nur gesundheitspolitisch wäre es fatal, wenn Versicherte und Patienten flächendeckend befürchten, dass Ärzte sich bei der Behandlung nicht an ihrem Wohl, sondern an ökonomischen Kriterien ausrichten. Insofern ist es nachvollziehbar und zu begrüßen, dass sich die neuere Reformdiskussion auch und gerade der Ökonomisierungsgefahr in diesem Sinne angenommen hat, wie im Folgenden an zwei Beispielen veranschaulicht werden soll.

Reform der Krankenhausvergütung

Es besteht seit längerer Zeit weithin Einigkeit, dass die Krankenhausstruktur in Deutschland nicht zukunftsfähig ist: Es gibt zu viele Krankenhäuser und Krankenhausbetten, die auf Dauer weder bezahlbar sind noch – schon rein demografiebedingt – personell ausgestattet werden können. Da auch die Länder ihrer Verpflichtung zur Investitionskostenfinanzierung nicht hinreichend nachkommen, arbeiten bereits jetzt zahlreiche Häuser defizitär – mit der Folge, dass sie nur überleben können, wenn sie in gut finanzierten Fallgruppen in die Menge gehen. Dies hat in

einigen Leistungsgruppen zu Zuwächsen geführt, die man mit medizinischen Ursachen kaum mehr erklären kann.

Auch wundert man sich, dass selbst hochkomplexe Eingriffe in Häusern gemacht werden, die weder die erforderliche Ausstattung vorhalten noch besondere Erfahrungen mit diesen Eingriffen vorweisen können. Mit anderen Worten: Es scheint ein ökonomisch induziertes Leistungsgeschehen zu geben, das Qualitätsprobleme aufwirft und auch von den Krankenhausärzten gelegentlich auf einen bedenklichen betriebswirtschaftlichen Druck seitens der kaufmännischen Geschäftsführung beschrieben wird.

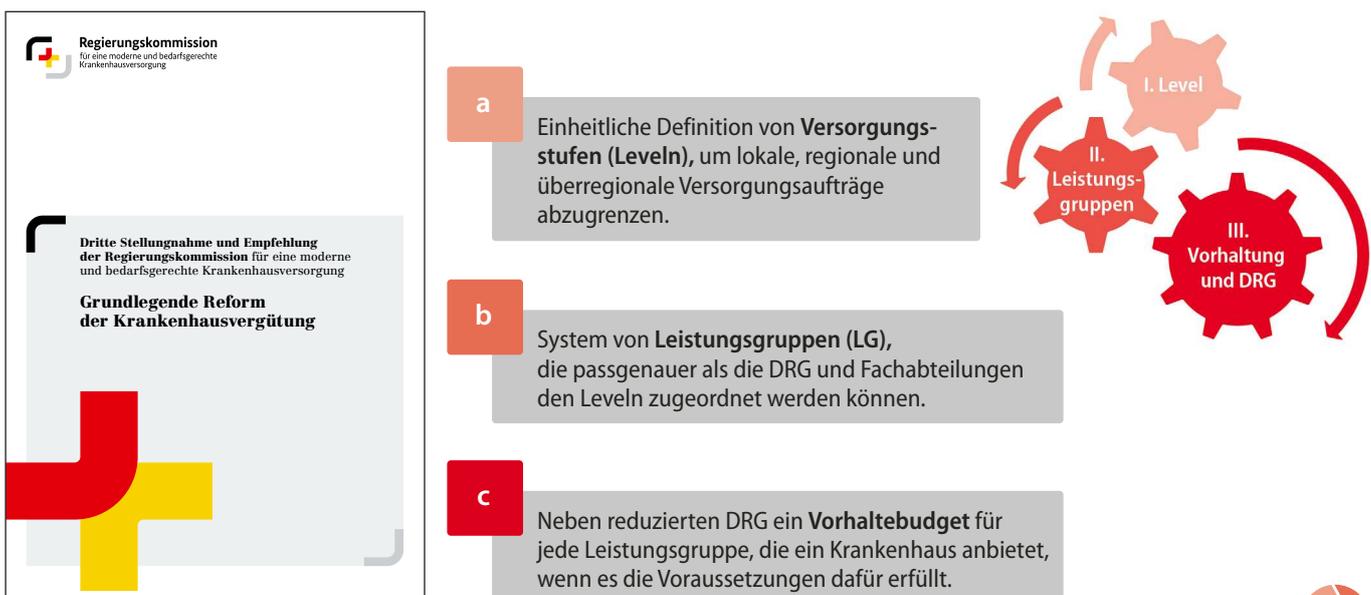
Die im Herbst 2022 vom Bundesgesundheitsminister eingesetzte „Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung“⁴ hat es daher nicht zuletzt als ihre Aufgabe verstanden, die Krankenhäuser vor derartigen ökonomischen Fehlanreizen zu schützen. Sie hat dazu bisher (bis zum April 2023) eine Reihe von Empfehlungen zu Einzelfragen vorgelegt, vor allem aber einen Vorschlag zur grundlegenden Reform der Krankenhausvergütung (siehe Abbildung 1).⁵

Die Vorschläge der Krankenhauskommission

1. Stationäre **Vergütung für Pädiatrie, Kinderchirurgie und Geburtshilfe** (Juli 22)
2. **Tagesbehandlung** im Krankenhaus zur kurzfristigen Entlastung der Krankenhäuser und des Gesundheitswesens (Sept 22)
3. Reform der **Notfall- und Akutversorgung** in Deutschland. Integrierte Notfallzentren und Integrierte Leitstellen (Febr. 23)
4. **Grundlegende Reform der Krankenhausvergütung** (Dez. 22).

Mit Blick auf die Ökonomisierung empfiehlt dieser grundlegende Reformvorschlag zwar keine Abschaffung, aber eine Abschwächung des Fallpauschalen (DRG)-Systems. Er nimmt damit eine Entwicklung auf, die in vielen Ländern zu beobachten ist, die das DRG-System eingeführt haben:⁶ Das isolierte DRG-System führt zu einer ökonomisch induzierten Fallzahlsteigerung und zur Konzentration auf „lohnende“ Leistungen: es muss daher durch weitere

Regierungskommission schlägt eine Reform mit drei Komponenten vor



Quelle: Regierungskommission Krankenhaus

Abbildung 1: Der Vorschlag der Reformkommission empfiehlt zwar keine Abschaffung, aber eine Abschwächung des Fallpauschalensystems. Er greift damit eine Entwicklung auf, die in vielen Ländern zu beobachten ist, die das DRG-System eingeführt haben.

Vergütungselemente ergänzt werden. Dabei ist in Rechnung zu stellen, dass jedes Vergütungssystem auch zu unerwünschten Anreizen führen wird. Der Vorschlag der Kommission sieht Vorhaltepauschalen vor, die allerdings nur diejenigen Krankenhäuser sollen beanspruchen können, die die Qualitätskriterien für die jeweilige Leistungsgruppe erfüllen. Dies würde sowohl zu einer Qualitätsverbesserung führen als auch die Häuser aus dem Hamsterrad der Produktion möglichst großer Mengen herausführen.

Dass es im Kern in diese Richtung gehen muss, ist kaum mehr umstritten; es gibt hier eigentlich kein Erkenntnis-, wohl aber ein Umsetzungsproblem. Dieses Umsetzungsproblem beruht insbesondere auf zwei Ursachen. Zum einen ist die gesetzliche Regulierung des Krankenhauswesens im Grundgesetz sehr unglücklich aufgeteilt zwischen Bund und Ländern: Der Bund ist nach Art. 74 Abs. 1 Nr. 19a GG zwar für die wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser und die Krankenhauspflegegesetze und nach Art. 74 Abs. 1 Nr. 12 GG für die Sozialversicherung zuständig, die Krankenhausplanung obliegt aber den Ländern.

Für Eingriffe in die Berufsfreiheit müsste zumindest plausibilisiert werden, dass von investorbetriebenen MVZs tatsächlich Gefahren ausgehen.

Da dies eine der wenigen substanziellen Kompetenzen ist, die den Ländern und insbesondere den Landesparlamenten verblieben ist, wehren sich die Länder gegen Übergriffe in diese Kompetenz durch Finanzierungs- und Qualitätssicherungsvorgaben vehement. Das erfordert dann schwierige Abstimmungsprozesse zwischen Bund und Ländern; hier wirkt sich die bereits oben angesprochene föderalistische Struktur aus. Zum anderen ist die Zeit knapp: Viele Krankenhäuser machen bereits Verluste und sind durch Kostensteigerungen und Inflation in eine akute Schieflage geraten. Wird die Transformation im Reformprozess nicht finanziell unterfüttert, droht eine ungesteuerte „kalte Marktvereinbarung“, die nicht nur aus versorgungspolitischer Sicht problematisch ist, sondern auch verfassungsrechtliche Fragen aufwirft, weil die Krankenhäuser nicht durch Preissteigerungen reagieren können.⁷

Die Diskussion über investorenbetriebene MVZs

Eine weitere intensive Diskussion über die Gefahren einer Ökonomisierung findet gerade mit Blick auf die Medizinischen Versorgungszentren (MVZs) statt. Seit 2004 im GKV-System als Erbringer vertragsärztlicher Leistungen anerkannt, haben die MVZs bereits eine wechselvolle Regulierungsgeschichte hinter sich. Sie befriedigen jedenfalls ein zunehmendes Bedürfnis in der Ärzteschaft, nicht unbedingt selbstständig, sondern auch im Angestelltenverhältnis im ambulanten Bereich tätig werden zu können.

Seit einiger Zeit sind MVZs aber auch für Kapitalanleger interessant geworden, die in Zeiten niedriger Zinsen mit einer recht sicheren und akzeptablen Rendite rechnen und Krankenhäuser aufgekauft haben, die zu den berechtigten MVZ-Gründern gehören. Diese Entwicklung löste Befürchtungen aus, dass die in investorenbetriebenen MVZs tätigen Ärzte in verstärktem Maße einer ökonomischen statt medizinischen Logik werden folgen müssen. Es gibt daher Bestrebungen, dieser Entwicklung durch Gründungsbeschränkungen zu begegnen; für vertragsärztliche MVZs hat insoweit bereits das Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) von 2019 eine Einschränkung in § 95 Abs. 1b SGB V aufgenommen.

Für eine weitgehende Regulierung hat sich insoweit insbesondere die Bundesärztekammer ausgesprochen, die befürchtet, dass Finanzinvestoren Einfluss auf die Indikationsstellung und andere ärztliche Entscheidungen nehmen könnten.⁸ Ein Eckpunkte-Papier der Gesundheitsministerkonferenz aus dem März 2023 fordert zwar kein Verbot investorenbetriebener MVZs, aber u.a. eine Kennzeichnungspflicht für die Träger und Betreiber von MVZs, ein MVZ-Register, eine Beschränkung der Gründungsbefugnis für Krankenhäuser in räumlicher und quantitativer Hinsicht und einer Stärkung der ärztlichen Leitung in MVZs.

Der langjährige Vorsitzende des Kassenarztesenats des Bundessozialgerichts, Ulrich Wenner, hat in einem Blog-Beitrag deutlich die verfassungsrechtlichen Grenzen derartiger Einschränkungen dargestellt;⁹ dabei spielen – worauf auch hier schon hingewiesen wurde – die Grundrechte der Leistungserbringer eine maßgebliche Rolle. Ein Ausschluss von Finanzinvestoren ist von vornherein nur für die Zukunft denkbar. Zudem müsste auch für diese Eingriffe in die Berufsfreiheit nachgewiesen oder zumindest plausibilisiert werden, dass von investorbetriebenen MVZs tatsächlich Gefahren ausgehen; die Datenlage ist insoweit aber recht

dünn. Schließlich ist nicht recht einsichtig, warum der Einstieg von Investoren bei MVZs ein Problem sein soll, bei Krankenhäusern aber hingenommen wird. Somit zeigt die MVZ-Diskussion, wie komplex das Thema der Ökonomisierung im Gesundheitswesen ist. Einfache Lösungen sind nicht zu erwarten.

E-Mail-Kontakt: stefan.huster@rub.de

Literatur

1. Vgl. das Beschlussprotokoll des Ärztetags unter https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/BAEK/Aerztetag/126.DAET/2022-06-17_Beschlussprotokoll.pdf, dort S. 128. Der Verf. dieses Textes ist als Mitglied der ZEKO mittelbar von diesem Beschluss betroffen.
2. Vgl. besonders prominent etwa Michael J. Sandel, Was man für Geld nicht kaufen kann: Die moralischen Grenzen des Marktes, 2012.
3. Vgl. nur Georg Marckmann, Ökonomisierung im Gesundheitswesen als organisationsethische Herausforderung, Ethik in der Medizin 33 (2021), S. 194 ff.
4. Der Autor dieses Textes ist Mitglied der Kommission.
5. Abrufbar unter https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Daten/3_Downloads/K/Krankenhausreform/3te_Stellungnahme_Regierungskommission_Grundlegende_Reform_KH-Verguetung_6_Dez_2022_mit_Tab-anhang.pdf
6. Vgl. Ricarda Milstein/Jonas Schreyögg, Activity-based funding based on diagnosis-related groups. The end of an aera?, HCHE Research Paper No. 28, Sept. 2022, abrufbar unter <https://www.hche.uni-hamburg.de/dokumente/research-papers/rp-28-drg-payment-reforms-wp-note.pdf>.
7. Vgl. dazu das Gutachten des Verfassers für die Deutsche Krankenhausgesellschaft, abrufbar unter https://www.bdpk.de/fileadmin/user_upload/BDPK/Service/Gutachten/Gutachten_Verfassungsmaessigkeit_der_KH-Verguetungsregulierung_Anlage.pdf.
8. Vgl. <https://www.bundesaerztekammer.de/themen/aerzte/gesundheitsversorgung/mvz>.
9. Ulrich Wenner, Gutes Geld und schlechtes Geld – Gefährden MVZ in der Hand von Finanzinvestoren die vertragsärztliche Versorgung?, Gesundheitsrecht.blog, Nr 2, 2023, <https://gesundheitsrecht.blog/gutes-geld-und-schlechtes-geld/>.

PROF. DR. IUR. STEFAN HUSTER



Jahrgang 1964, Studium der Philosophie und Rechtswissenschaft in Bielefeld und Frankfurt/Main. Nach dem Ersten Juristischen Examen wissenschaftlicher Mitarbeiter, Referendar und Wissenschaftlicher Assistent an der Juristischen Fakultät in Heidelberg. Dort Promotion 1993 und Habilitation 2001 für die Fächer Staats- und Verwaltungsrecht, Europarecht, Sozialrecht und Rechtsphilosophie. Ab 2002 Lehrstuhl (C 4) an der FernUniversität in Hagen; seit 2004 Lehrstuhl für Öffentliches Recht, Sozial- und Gesundheitsrecht und Rechtsphilosophie an der Ruhr-Universität Bochum und Geschäftsführender Direktor des dortigen Instituts für Sozial- und Gesundheitsrecht (ISGR). Huster war Fellow u.a. am Wissenschaftskolleg zu Berlin und am Alfried Krupp Wissenschaftskolleg in Greifswald. Er ist Mitglied der Nationalen Akademie der Wissenschaften Leopoldina und war von 2019 bis 2023 Vorsitzender der AMNOG-Schiedsstelle, deren stellvertretender Vorsitzender er seit dem 1. Juli 2023 ist.

Geld und Gesundheit – Patientennutzen zählt

Wo steht die Ambulantisierung – und wie geht es weiter?

DR. MARTIN ALBRECHT, IGES INSTITUT



Die gesetzlich geschaffenen Möglichkeiten für nicht-vollstationäre Krankenhausversorgung sind im Laufe der Jahre auf eine beeindruckende Anzahl gewachsen. Dennoch nimmt Deutschland im internationalen Vergleich nach wie vor eine Spitzenstellung bei der Krankenhaushäufigkeit ein – und diese ist maßgeblich auf das ungenutzte Ambulantisierungspotenzial zurückzuführen. Eine substantielle Erweiterung des AOP-Katalogs könnte perspektivisch die stationäre Fallzahl um mehr als 20 Prozent verringern. Die aktuellen Reformen nutzen dieses Potenzial aber nicht, sondern erhöhen stattdessen die Komplexität der Versorgungs- und Vergütungsformen an der Sektorengrenze.

Zum Stand der Ambulantisierung

Wenn man die zahlreichen existierenden Formen der nicht-vollstationären Krankenhausversorgung betrachtet, die durch Gesetzgebung in den letzten Jahren bzw. Jahrzehnten geschaffen wurden, könnte tatsächlich der Eindruck entstehen, die Ambulantisierung sei nicht aufzuhalten. Man kommt auf mehr als ein Dutzend dieser Versorgungsformen. Ambulante Behandlungen in Krankenhäusern bzw. durch Krankenhäuser können gegenwärtig insbesondere in folgenden Versorgungskontexten bzw. auf Basis folgender Rechtsgrundlagen stattfinden:

- teil-, vor- und nachstationäre Behandlung (§ 39 SGB V)
- Ambulante Behandlung von Notfällen (§ 76 SGB V)
- Ambulantes Operieren (AOP) (§ 115b SGB V)
- Stationsäquivalente psychiatrische Behandlung (§ 115d SGB V)
- Ambulante Behandlung durch (ermächtigte) Krankenhausärzte (§ 116 SGB V)
- Ambulante Behandlung durch (ermächtigte) Krankenhäuser bei Unterversorgung (§ 116a SGB V)
- Ambulante spezialfachärztliche Versorgung (ASV) (§ 116b SGB V)
- Hochschulambulanzen (§ 117 SGB V)
- Psychiatrische Institutsambulanzen (§ 118 SGB V)
- Geriatrische Institutsambulanzen (§ 118a SGB V)
- Sozialpädiatrische Zentren (§ 119 SGB V) und pädiatrische Spezialambulanzen (§ 120 Abs. 1a SGB V)
- Belegärztliche Leistungen (§ 121 SGB V)
- Strukturierte Behandlungsprogramme (§ 137f SGB V)
- Selektivverträge (§ 140a SGB V).

Krankenhäuser können darüber hinaus als Träger von Medizinischen Versorgungszentren (nach § 95 SGB V) an der ambulanten (vertragsärztlichen) Versorgung teilnehmen. Von vertragsärztlicher Seite gibt es die Möglichkeit, in so genannten Praxiskliniken (§ 122 SGB V i. V. m. § 115 Abs. 2 Nr. 1 SGB V und § 140a Abs. 3 Nr. 4 SGB V) sowohl ambulante als auch stationäre Behandlungen durchzuführen.¹

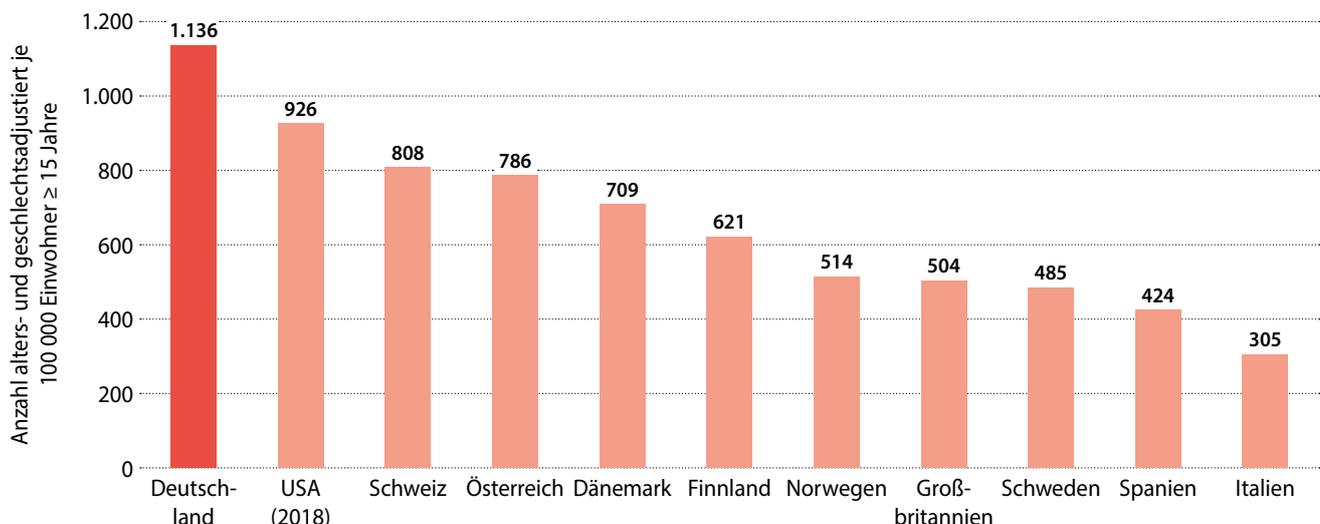
Die Krankenhausstatistik des Statistischen Bundesamtes umfasst – erstmals für das Jahr 2018 – Fallzahlen zur ambulanten Versorgung durch Krankenhäuser. Für den Großteil

der oben aufgeführten Versorgungsformen ergeben sich hieraus im aktuellen Datenjahr 2021 insgesamt knapp 37,6 Millionen Fälle, die durch Krankenhäuser ambulant behandelt wurden – im Vergleich zu ca. 16,7 Millionen vollstationär versorgten Fällen in demselben Jahr.²

Gemessen an den Ausgaben für Krankenhausleistungen dominiert aber nach wie vor die vollstationäre Versorgung. Für die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) beliefen sich diese im Jahr 2021 auf knapp 84,2 Milliarden Euro. Für die in der GKV-Finanzstatistik (KJ1) gesondert erfassten

Ambulant-sensitive Krankenhausfälle (2019)

Krankenhausentlassungen bei 5 ausgewählten ASK (Asthma, COPD, Herzinsuffizienz, Bluthochdruck, Diabetes)



Quelle: IGES auf Basis von Daten der OECD health statistics



Abbildung 1: Im Jahr 2019 gab es in Deutschland je 100 erwachsene Einwohner durchschnittlich 1,1 Patienten mit einer der fünf Diagnosen Asthma, COPD, Herzinsuffizienz, Bluthochdruck und Diabetes, die stationär behandelt wurden – ein Spitzenwert im internationalen Vergleich.

Ausgaben für ambulante Behandlungen durch Krankenhäuser ergibt sich ein Betrag von knapp 4,1 Milliarden Euro. Nimmt man die „krankenhausnahen“ vertragsärztlichen Versorgungsformen dazu – hierzu zählen belegärztliche Versorgung, AOP durch Vertragsärzte, ambulante ärztliche Behandlung im Rahmen Integrierter Versorgung, ASV durch Vertragsärzte und spezialisierte ambulante Palliativversorgung – kommen weitere rund 4,0 Milliarden Euro hinzu. Insgesamt lässt sich somit ein Ausgabenvolumen für krankenhausnahe ambulante Versorgung bestimmen, das nur knapp ein Zehntel der Ausgaben für die vollstationäre Versorgung entspricht.

Es gibt darüber hinaus eine Reihe von Indikatoren dafür, dass die stationäre Versorgung in Deutschland substantielle Ambulantisierungspotenziale enthält, das heißt, dass ein nicht unerheblicher Teil der bislang stationär im Krankenhaus behandelten Patienten auch ambulant versorgt werden könnte.

In diesem Zusammenhang wird häufig auf die deutliche Zunahme des Anteils sogenannter Kurzlieger hingewiesen, also stationäre Behandlungsfälle mit einer Verweildauer von einem bis maximal drei Tagen. Sie gelten als im Hinblick auf die Erkrankungsschwere „leichtere“ Fälle, bei denen zumindest teilweise auch eine ambulante Versorgung möglich wäre. Ihr Anteil erhöhte sich von 27,4 % im Jahr 2000 auf 46,6 % im Jahr 2021.

Die höhere Krankenhaushäufigkeit in Deutschland ist maßgeblich auf das ungenutzte Ambulantisierungspotenzial zurückzuführen.

Internationale Vergleiche zeigen, dass in Deutschland verhältnismäßig erheblich mehr Patienten stationär behandelt werden als in anderen Ländern. So kamen im Jahr 2020 auf 100 Einwohner durchschnittlich 20,2 Krankenhausentlassungen akut-stationär behandelter Patienten – der höchste Wert unter den OECD-Ländern. Den zweithöchsten Wert erreichte Österreich mit knapp 18,8, alle anderen Länder lagen bei weniger als 15,5, die Schweiz beispielsweise bei 14,6 und Frankreich bei knapp 14,1.

Diese deutlich höhere Krankenhaushäufigkeit in Deutschland ist maßgeblich auf ungenutztes Ambulantisierungspotenzial zurückzuführen, verdeutlicht bei-

spielsweise anhand der sogenannten ambulant-sensitiven Krankenhausfälle. Hierbei handelt es sich um Patienten mit Erkrankungen, die sich in der Regel adäquat ambulant behandeln lassen. Darunter fallen u. a. Asthma, COPD, Herzinsuffizienz, Bluthochdruck und Diabetes. Im Jahr 2019 gab es in Deutschland je 100 erwachsene Einwohner durchschnittlich rund 1,1 Patienten mit einer dieser fünf Diagnosen, die in Deutschland stationär behandelt wurden – erneut ein Spitzenwert (siehe Abbildung 1). In anderen Ländern lagen die entsprechenden Vergleichswerte z. T. deutlich niedriger (USA 0,9, Schweiz und Österreich je 0,8, Dänemark 0,7, Großbritannien und Schweden je 0,5 und Italien 0,3). Dabei sind Alters- und Geschlechtsunterschiede zwischen den Ländern berücksichtigt.

Zwar ist – wie aktuelle Auswertungen zeigen – die Anzahl ambulant-sensitiver Krankenhausfälle in Deutschland infolge der Corona-Pandemie deutlich zurückgegangen; dies geschah nach den bislang verfügbaren OECD-Daten aber auch in anderen Ländern, so dass Deutschland nach wie vor eine im internationalen Vergleich überdurchschnittliche Häufigkeit aufweisen dürfte. Aus einer zurückliegenden eigenen Schätzung für das Jahr 2017 ergab sich ein Anteil potenziell vermeidbarer Krankenhausfälle aufgrund ambulant-sensitiver Diagnosen in Höhe von knapp 4 Millionen bzw. rund 20 % (vgl. Loos/Albrecht/Zich 2019).

Als eine wesentliche Ursache für die überdurchschnittliche Häufigkeit stationärer Behandlungen in Deutschland bzw. den hohen Anteil potenziell ambulantisierbarer Fälle gelten die sektoralen Vergütungsunterschiede. In einer früheren eigenen Analyse haben wir die Unterschiede anhand ausgewählter Fallbeispiele ermittelt (vgl. Albrecht/Al-Abadi 2018). Die Fallbeispiele bezogen sich auf DRG-Leistungen, die für relativ viele Fälle mit ambulant-sensitiven Diagnosen, geringen Schweregraden und unterdurchschnittlichen Verweildauern erbracht wurden und daher prinzipiell auch für ambulante Versorgung in Frage kommen. Je nach betrachteter Verweildauer (ein oder zwei Tage) betragen die erzielbaren DRG-Erlöse zwischen dem 1,3-fachen (DRG G67C gastroenterologische Erkrankungen, 1 Tag) und dem 10,3-fachen (DRG K60F Diabetes mellitus, 2 Tage) der im Rahmen der vertragsärztlichen ambulanten Versorgung erzielbaren Vergütungen.

Grundlage dieser zum Teil sehr hohen preislichen Unterschiede sind zwei sektorenspezifische Vergütungssysteme, die sich in wesentlichen Gestaltungsmerkmalen unterscheiden. Während im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM)

des stärker einzelleistungsorientierten vertragsärztlichen Vergütungssystems leistungsbezogene Norm-Arbeitszeiten zugrunde gelegt werden, sind in dem stärker pauschalierten DRG-System zur Vergütung stationärer Leistungen vorgehaltene Arbeitszeitkapazitäten maßgeblich.

Dabei ist die zeitliche Inanspruchnahme von Versorgungskapazitäten im typischen ambulanten Behandlungsfall deutlich geringer als im stationären Behandlungsfall. Insgesamt resultiert hieraus ein Vergütungs dualismus, der bewirkt, dass aufwandsbezogen „mittlere Versorgungsformen“ – also z. B. zeitlich aufwändigere ambulante Versorgung oder „leichte“ Krankenhausfälle mit geringer Aufenthaltsdauer, für die nur eine reduzierte Kapazitätsvorhaltung erforderlich wäre – im Vergütungsspektrum nicht oder nur unzureichend abgebildet sind.

Als Konsequenz entstehen starke ökonomische Anreize, „mittlere Versorgungsformen“ möglichst weitgehend dem vollstationären Bereich zuzuordnen und für die damit verbundenen Leistungen entsprechend DRG-Vergütungen geltend zu machen. Dies erklärt die umfangreichen und konfliktträchtigen Prüfungen der Krankenhausabrechnungen durch die Medizinischen Dienste, bei denen es sehr häufig um „primäre Fehlbelegungen“ geht, also um medizinisch nicht zwingend erforderliche Krankenhausaufnahmen.

Ansätze zur Förderung der Ambulantisierung

Als Rezept gegen diese Fehlanreize und für eine konsequente Ambulantisierung wird immer wieder auf den Grundsatz „Gleicher Preis für gleiche Leistung“ verwiesen. Allerdings liegt in der Verkürzung dieses Grundsatzes die Gefahr, am Kern des Problems vorbeizuzielen. Problemadäquat erscheint, dass die sektorale Zuordnung eines Behandlungsfalles für sich genommen kein primäres Kriterium mehr für die Preisbemessung sein sollte. Daraus jedoch ein schlichtes Einebnen der gegenwärtigen Vergütungsunterschiede auf einem „mittleren“ Niveau als Konsequenz abzuleiten, wäre keine problemadäquate Lösung.

Entscheidend ist, den Vergütungs dualismus, d. h. den sektoralen Sprung des Vergütungsniveaus bei gleicher ärztlicher Kernleistung, zu überwinden. Benötigt werden hierfür aber Vergütungsmaßstäbe, die das Spektrum möglicher Versorgungsformen aufwandsbezogen umfassender und differenzierter abbilden können. So sind für Leistungen, die im Hinblick auf ärztliche Prozeduren oder Eingriffe (gemäß OPS) identisch sind, viele verschiedene Aufwandsstu-

fen bzw. Preise vorstellbar, wenn Patientenschweregrade variieren und diese Variation unterschiedlichen Aufwand verursacht. Dies betrifft zahlreiche Behandlungsaspekte, die über die ärztliche Kernleistung hinausgehen, wie ergänzende ärztliche Leistungen (für Aufklärung, Nachsorge), nichtärztliche (pflegerische) Leistungen oder spezielle Infrastrukturvorhaltungen (z. B. Kurzliegerbetten für verlängerte Nachbeobachtungszeiten).

In der Verkürzung des Grundsatzes „gleicher Preis für gleiche Leistung“ liegt die Gefahr, am Kern des Problems vorbeizuzielen.

Ein die Ambulantisierung förderndes Vergütungssystem sollte demnach folgende Komponenten aufwandsbezogen differenziert abbilden:

- ärztliche und nichtärztliche Leistungen anhand der erforderlichen Arbeitszeiten,
- technische Leistungen anhand der erforderlichen Nutzungszeiten,
- Sachkosten (Verbrauchsmaterial) und
- Infrastruktur (Investitionen).

Sämtliche Komponenten sind dabei sektorenunabhängig, aber differenziert nach Patientenschweregraden zu kalkulieren. Prinzipiell variabel gestaltbar ist zudem der Grad der Pauschalierung der Leistungsvergütung. Hier sind sowohl eher am EBM bzw. an Einzelleistungen orientierte Differenzierungen vorstellbar als auch an Leistungskomplexen orientierte (ähnlich dem DRG-System) bis hin zu Patientenbudgets, die nach Krankheiten oder Versorgungspfaden differenziert werden könnten.

Mit einer konsequenten Differenzierung nach Patientenschweregraden ließe sich der bestehende sektorale Dualismus im Vergütungssystem überwinden, ohne ein „Rosinenpicken“ zu riskieren. Wäre unter solchen Umständen die Öffnung des gesamten fachärztlichen Behandlungsspektrums (mit Ausnahme der Notfall- und Intensivversorgung) für ambulante Versorgungsformen sinnvoll? Eher nicht, denn eine sehr weitreichende Öffnung stieße an Grenzen. Die notwendige Vorhaltefinanzierung stationärer Versorgungsstrukturen würde hierdurch erschwert, denn (noch) wird sie primär über eine Umlage auf erbrachte Leistungen umgesetzt.

Außerdem würden erwünschte Verbundeffekte von Krankenhäusern konterkariert, insbesondere in der interfachlichen bzw. interdisziplinären Zusammenarbeit und in der Weiterbildung, denn eine vollständige Öffnung würde tendenziell starke Einzelspezialisierungen fördern. Diese Argumente sprechen für eine Begrenzung des ambulantisierbaren Leistungsspektrums, beispielsweise in Form eines Katalogs ambulant durchführbarer Operationen und stationersetzender Eingriffe bzw. Behandlungen, wie er auf Basis von § 115b SGB V vereinbart wird („AOP-Katalog“).

Weiterentwicklung des AOP-Katalogs

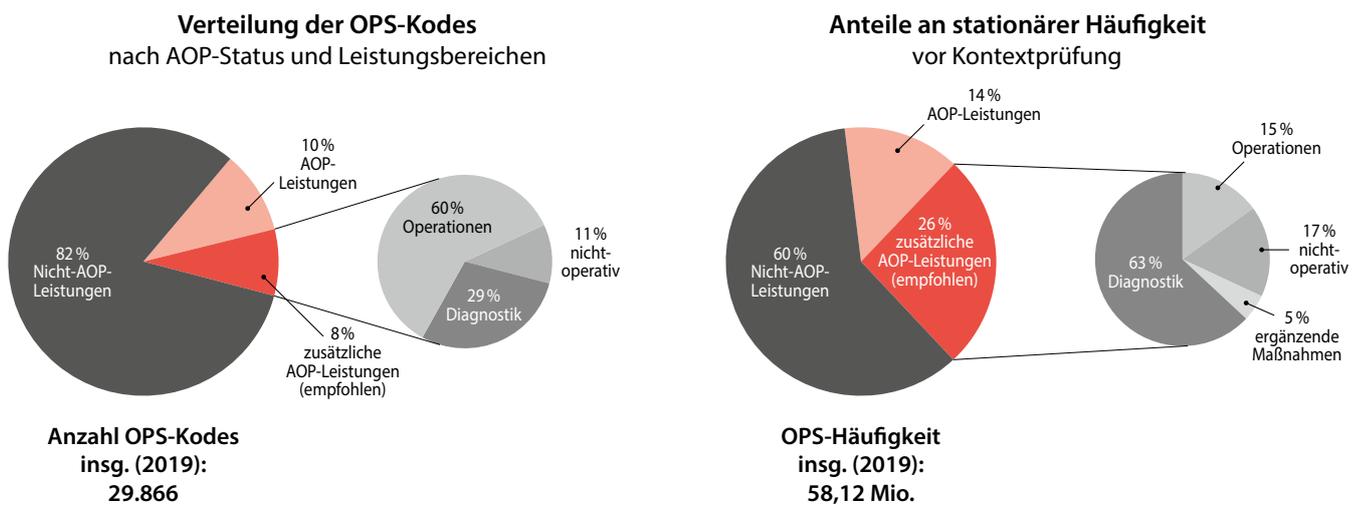
Allerdings wurde der AOP-Katalog seit seiner Einführung im Jahr 2005 nie grundlegend überarbeitet, sondern überwiegend nur marginal (z. B. an neue OPS-Versionen) angepasst. Die damalige Bundesregierung ging daher davon aus, dass infolge des medizinisch-technischen Fortschritts inzwischen vielfältige zusätzliche Möglichkeiten bestehen, zuvor stationär erbrachte Leistungen ambulant durchzuführen. Auch die im internationalen Vergleich geringen

Ambulantisierungsgrade in Deutschland (s. o.) wurden als Indiz hierfür gewertet.

Mit dem MDK-Reformgesetz wurde daher im Jahr 2019 eine substanzielle Erweiterung des AOP-Katalogs beschlossen, um eine möglichst umfassende Ambulantisierung bislang stationär durchgeführter Versorgung zu erreichen – auch bzw. besonders durch Nutzung und Ausbau bestehender ambulanter Behandlungsmöglichkeiten in den Krankenhäusern. Schließlich versprach man sich hiervon auch, die Belastungen durch Abrechnungsprüfungen in den Kliniken (wegen „primärer Fehlbelegung“) deutlich zu verringern.

Für die Weiterentwicklung des AOP-Katalogs wurde gemäß § 115b Abs. 1a SGB V ein Gutachten beauftragt, auf dessen Grundlage der GKV-Spitzenverband, die Deutsche Krankenhausgesellschaft und die Kassenärztliche Bundesvereinigung einen erweiterten Katalog sowie zu den darin enthaltenen Leistungen für Krankenhäuser und Vertragsärzte einheitliche Vergütungen zu vereinbaren haben. Die Erweiterung des AOP-Katalogs soll sich dabei ausdrücklich nicht nur auf ambulant durchführbare Operationen und stationersetzende Eingriffe beziehen, sondern auch

Zur Weiterentwicklung des AOP-Katalogs empfohlene Leistungen



Quelle: IGES auf Basis des AOP-Katalogs 2019 und von Daten des Statistischen Bundesamtes (DRG-Statistik 2019) „Diagnostik“ umfasst OPS-Kapitel 1 (diagnostische Maßnahmen) und Kapitel 3 (bildgebende Diagnostik)



Abbildung 2: Die Gutachter haben eine Erweiterung des AOP-Katalogs um knapp 2.500 zusätzliche OPS-Kodes empfohlen, davon 60 Prozent operative, 29 Prozent diagnostische und 11 Prozent nicht-operative Leistungen.

auf stationersetzende (nicht-operative bzw. konservative) Behandlungen.

Mit diesem Gutachten wurde zum Jahresende 2020 das IGES Institut beauftragt, die Arbeiten wurden im März 2022 abgeschlossen (Albrecht et al. 2022). Für dieses Gutachten wurde ein potenzialorientierter Ansatz gewählt: Einerseits wurde das gesamte Leistungsspektrum zur Prüfung von Ambulantisierungspotenzialen einbezogen, d. h. auf eine Beschränkung etwa auf fallzahlstarke Leistungen wurde bewusst verzichtet; andererseits wurde einschränkend der Kontextabhängigkeit von Ambulantisierungspotenzialen Rechnung getragen, d. h. eine Leistung wurde nie als generell ambulant durchführbar eingestuft. Da die Kontextbedingungen bei identischen Leistungen u. U. stark variieren können, sind bei jeder Entscheidung zwischen ambulanter und stationärer Durchführung relevante Kontextfaktoren fallindividuell zu berücksichtigen. Ein solcher potenzialorientierter Ansatz ermöglicht es, die problematische und stets angreifbare Einstufung von Leistungen als – kontextunabhängig – generell oder überwiegend ambulant durchführbar zu vermeiden, gleichzeitig aber auch Leistungen mit aktuell nur geringen ambulantisierbaren Anteilen in den AOP-Katalog aufzunehmen.

Im Ergebnis empfiehlt das Gutachten die Erweiterung des AOP-Katalogs um knapp 2.500 zusätzliche OPS-Kodes (zum Vergleich: der AOP-Katalog 2019 umfasste knapp 2.900 OPS-Kodes), davon 60 % operative, 29 % diagnostische und 11 % nicht-operative Leistungen (siehe Abbildung 2). Um den Bereich ambulantisierbarer nicht-operativer Behandlungen weitergehend zu erfassen, wurden zusätzlich auch DRG-Leistungen zur Aufnahme in den AOP-Katalog empfohlen, und zwar

- fallzahlstarke DRG ohne medizinisch dominante Prozedur,
- DRGs mit strahlentherapeutischen Leistungen ohne komplexen Leistungskontext und
- DRGs mit konservativer Behandlung von Tumorfällen ohne komplexe Konstellationen und ohne äußerst schwere Komplikationen oder Komorbiditäten.

Insgesamt ergeben sich damit maximal knapp 150 weitere Leistungen für eine Erweiterung des AOP-Katalogs.

Auftragsgemäß wurden im Rahmen des Gutachtens auch Grundlagen für eine Schweregraddifferenzierung erarbeitet. Schweregraddifferenzierungen erfüllen dabei im Konzept des Gutachtens zwei Funktionen: Sie sind zum

einen Teil der o. a. Kontextprüfung, d. h. der Prüfung, ob eine stationäre Durchführung einer AOP-Leistung begründbar ist; zum anderen sollen Schweregraddifferenzierungen dafür genutzt werden, im Fall einer ambulanten Durchführung Aufwandsunterschiede beim Bedarf an peri- bzw. postoperativer Betreuung in der Vergütungshöhe abbilden zu können.

Für die Umsetzbarkeit ist es entscheidend, dass aus der Kontextprüfung keine bürokratischen Zusatzbelastungen entstehen.

Im Gutachten werden insgesamt neun Faktoren zur Schweregraddifferenzierung für die Kontextprüfung (Begründbarkeit stationärer Durchführung) definiert und zu weiten Teilen auch operationalisiert. Ein Teil dieser Faktoren wird außerdem (mit jeweils anderen Wertebereichen) zur Differenzierung der Vergütung nach Schweregraden bei ambulanter Durchführung empfohlen.

- Vier der Faktoren beziehen sich auf den Leistungskontext: Es wird empfohlen, eine stationäre Durchführung einer AOP-Leistung als begründet anzusehen, wenn sie im Zusammenhang mit bestimmten DRG- oder anderen OPS-Leistungen erbracht wird, wenn eindeutig eine stationäre Behandlungsnotwendigkeit anzeigen (z. B. Koloskopie unmittelbar vor einer großen Darm-OP), oder wenn sie beatmete Patienten betreffen. Auch die Kombination mehrerer AOP-Leistungen, die jeweils für sich genommen ambulant durchführbar wären, kann die Komplexität einer Behandlung so stark erhöhen, dass eine stationäre Aufnahme begründet ist.
- Bei den anderen fünf handelt es sich um patientenbezogene Faktoren, darunter insbesondere Diagnosen und die Komplexität von Komorbiditäten, besondere krankheitsbedingte Betreuungsbedarfe, aber auch Gebrechlichkeit vor allem älterer Patienten („Frailty“) und soziale Begleitumstände (darunter auch Transportmöglichkeiten und behandlungsrelevante Bedingungen bei den Patienten zu Hause).

Für die Umsetzbarkeit entscheidend ist, dass aus der Kontextprüfung keine bürokratischen Zusatzbelastungen entstehen. Daher basieren die Operationalisierungen der

Kontextfaktoren maßgeblich auf Daten, die ohnehin routinemäßig im Krankenhaus dokumentiert werden (DRG, OPS, ICD). Auch reicht im Sinne der Patientensicherheit für die Begründung einer stationären Durchführung ein einziger Kontextfaktor aus, eine Hierarchisierung und/oder Kumulation von Faktoren wird nicht empfohlen. Für eine ambulante Durchführung besteht hingegen leistungsrechtlich generell kein Prüfungserfordernis.

Nach einer strengen Kontextprüfung verbleiben je nach Modellierungsvariante 10 bis 12 Prozent aller stationären Fälle als ambulantisierbar.

Eine annähernd valide Abschätzung des Ambulantisierungspotenzials, welches bei Umsetzung der Empfehlungen des Gutachtens realisiert werden könnte, setzt umfassende patientenbezogene Daten voraus, damit die Kontextfaktoren berücksichtigt werden können. Das Barmer Institut für Gesundheitssystemforschung hat inzwischen mehrere Analysen zur Potenzialermittlung vorgelegt (Repschläger et al. 2022a, 2022b; Rößler et al. 2022). Sie gelangen zu folgenden Ergebnissen:

- Bei knapp 2/3 aller stationären Behandlungsfälle des Jahres 2019 wurden AOP-Leistungen erbracht (davon handelte es sich bei knapp 3/4 um Leistungen, die vom Gutachten zur Aufnahme empfohlen wurden).
- Nach einer „strengen“ Kontextprüfung – d. h. bei Vorliegen eines Kontextfaktors wurde der Fall als begründet stationär betrachtet – verbleiben, je nach Modellierungsvariante, 10 % bis 12 % aller stationären Fälle als ambulantisierbar.
- In der Versorgungsrealität werden jedoch AOP-Leistungen teilweise auch dann ambulant durchgeführt, wenn die im Gutachten empfohlenen Kontextfaktoren die Begründung einer stationären Durchführung ermöglichen. Ein empirisches Prädiktionsmodell, das auf den bisherigen Ambulantisierungsquoten unter Berücksichtigung von Kontextfaktoren basiert, gelangt daher zu einem höheren Ambulantisierungspotenzial von knapp 22 % aller stationären Fälle des Jahres 2019.

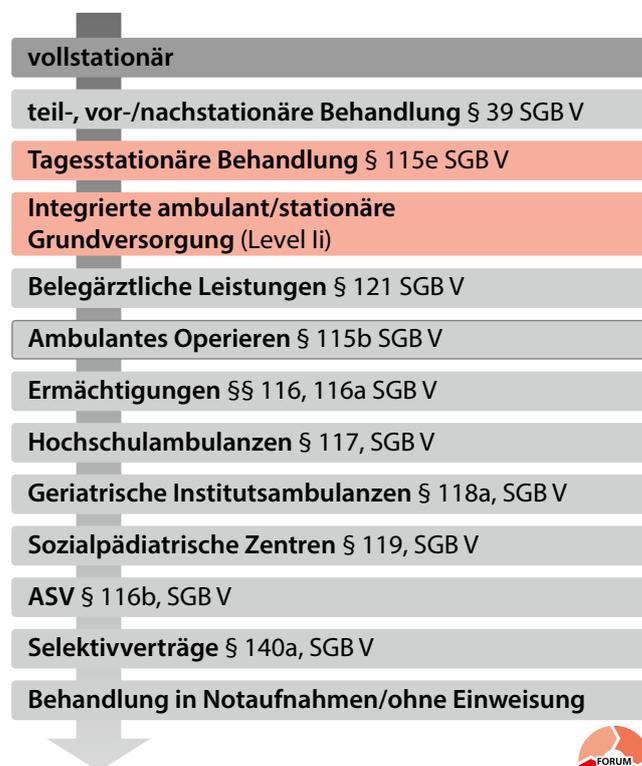
Der hiervon betroffene Umsatzanteil liegt jedoch deutlich darunter, da die ambulantisierbaren Behandlungen typi-

scherweise unterdurchschnittliche Fallwerte aufweisen. Nach eigenen Berechnungen entspräche dem Ambulantisierungspotenzial von 22 % der stationären Fälle ein Anteil am DRG-Erlösvolumen von ca. 12 %.

Eine erste Erweiterungsstufe des AOP-Katalogs haben die Vertragspartner GKV-SV, DKG und KBV zum 1.1.2023 beschlossen. Sie umfasst lediglich 208 und damit gerade einmal 8,4 % der im Gutachten für eine Erweiterung empfohlenen OPS-Leistungen. Mit dem neuen AOP-Katalog wurde auch eine Kontextprüfung eingeführt, allerdings bislang weniger umfassend als die im Gutachten empfohlene und teilweise mit Übergangsregelungen nur für das Jahr 2023.

Ein zentraler Aspekt für die Weiterentwicklung des AOP-Leistungsbereichs ist die Vergütung. Nach den gesetzlichen Vorgaben sollen für die Leistungen des erweiterten AOP-Katalogs Vergütungen auf betriebswirtschaftlicher Grundlage und ausgehend von EBM vereinbart werden, die ergänzend nicht-ärztliche Leistungen, Sachkosten, spezifi-

Zahlreiche und zusätzliche Formen der nicht-vollstationären Krankenhausversorgung



Quelle: IGES



Abbildung 3: Die Weiterentwicklung des AOP-Katalogs eröffnet die Möglichkeit, an der Schnittstelle ambulant/stationär einen einheitlichen Rechtsrahmen zu schaffen.

sche Investitionsbedingungen und Schweregraddifferenzierungen berücksichtigen. Damit ist die Möglichkeit eröffnet, im Hinblick auf die genannten Faktoren u. U. deutlich von den EBM-Preisen abzuweichen.

Bislang wurde hiervon nur sehr begrenzt Gebrauch gemacht. Mit der ersten Erweiterungsstufe des AOP-Katalogs zu Jahresbeginn wurden für die Vergütung immerhin zwei neue Elemente eingeführt: ein Vergütungsaufschlag für erhöhten Aufwand bei Reoperationen und eine Verlängerung von abrechenbaren Nachbeobachtungszeiten bei bestimmten Patientengruppen (Kinder bis 12 Jahre, Menschen ab 70 Jahre mit geriatrischen Versorgungsbedarf und Frailty-Syndrom oder Menschen mit bestimmten Vorerkrankungen wie Demenz oder Parkinson).

Mit dem Krankenhauspflegeentlastungsgesetz wurde im Jahr 2022 zudem beschlossen, für eine Auswahl der häufigsten bislang überwiegend stationär erbrachten AOP-Leistungen eine spezielle sektorengleiche Vergütung („Hybrid-DRG“) einzuführen (§ 115f SGB V). Angestrebt wird hierfür ein Vergütungsniveau „zwischen EBM und DRG“. Die Vertragspartner konnten sich jedoch innerhalb der ihr gesetzten Frist bis 31.03.2023 weder auf eine Auswahl der AOP-Leistungen noch auf eine spezielle sektorengleiche Vergütung hierfür einigen, so dass nun eine Ersatzvornahme durch das BMG vorgesehen ist.

Ausblick: Wie geht es weiter mit der Ambulantisierung?

Die Weiterentwicklung des AOP-Katalogs als Kern einer Ambulantisierungsstrategie eröffnet eine Möglichkeit, für viele der gegenwärtig sehr zahlreichen, unterschiedlichen Formen ambulanter Leistungserbringung an der sektoralen Schnittstelle ambulant/stationär einen einheitlichen Regelungsrahmen zu schaffen.

Allerdings ist diese Möglichkeit bislang nicht genutzt worden. Ob tatsächlich die ursprünglich geplante größere zweite Erweiterungsstufe des AOP-Katalogs bis Jahresbeginn 2024 umgesetzt wird, ist ungewiss. Stattdessen entstehen durch die aktuelle Gesetzgebung bzw. die geplanten Reformvorhaben weiterer Formen ambulanter Leistungserbringung an der Sektorengrenze: die tagesstationäre Behandlung (§ 115e SGB V), die ebenfalls mit dem Krankenhauspflegeentlastungsgesetz eingeführt wurde, sowie die mit der Krankenhausreform geplante integrierte ambulant/stationäre Grundversorgung in sogenannten Level II-Krankenhäusern (siehe Abbildung 3).

- Die tagesstationäre Behandlung stellt eine Sonderform der teilstationären Behandlung dar. Bei ihr entfällt die Übernachtung im Krankenhaus, sie erfordert jedoch, dass Klinikkapazitäten „bei Bedarf jederzeit“ und (insbesondere bei Komplikationen) „auch nachts“ verfügbar sind. Sie setzt die Indikation einer stationären somatischen Behandlung voraus (ärztliche Einweisung) und ist von ärztlicher sowie Patientenseite freiwillig zu vereinbaren. Vergütet werden tagesstationäre Behandlung durch DRG-Pauschalen abzüglich Übernachtungskosten.
- Level II-Krankenhäuser sollen künftig eine zentrale Rolle auf dem Weg zu einer sektorenübergreifenden und integrierten Gesundheitsversorgung einnehmen. Zu ihrem Leistungsangebot sollen stationäre Leistungen der interdisziplinären Grundversorgung, ambulante fach- und hausärztliche sowie wie medizinisch-pflegerische Leistungen gehören. Sie nehmen nicht an der Notfallversorgung teil. Das ambulante Leistungsangebot umfasst die bisherigen ambulanten Versorgungsformen

Die Weiterentwicklung des AOP-Katalogs schafft die Option, an der Schnittstelle ambulant/stationär einen einheitlichen Regelungsrahmen zu schaffen.

der Krankenhäuser, d. h. vertragsärztliche Leistungen auf Basis von Ermächtigungen, belegärztliche Leistungen, Leistungen des AOP-Katalogs, von Institutsambulanzen sowie der Übergangs- und Kurzzeitpflege. Entsprechend ist für die Vergütung ein Mix vorgesehen, der sich aus krankenhausesindividuellen (!) degressiven Tagespauschalen und den für die jeweiligen ambulanten Leistungen unterschiedlichen Vergütungsformen zusammensetzt.

Der Leistungsbereich an der Sektorengrenze wird damit absehbar durch noch größere Komplexität gekennzeichnet sein. Die rechtlich normierten Möglichkeiten, bislang stationäre Leistungen ambulant durchzuführen, sind vielfältig und unterliegen jeweils eigenen Regelwerken und – insbesondere – unterschiedlichen Vergütungsregelungen. Im Hinblick auf aktuelle bzw. geplante Neuregelungen ergibt sich folgendes Spektrum:

- EBM-Vergütungen für ambulante Operationen (gemäß Anhang 2 EBM) im vertragsärztlichen Bereich, die kürzlich

im Zuge der EBM-Reform teilweise angepasst wurden,

- EBM-basierte Vergütungen mit möglichen Zusatzkomponenten für AOP-Leistungen gemäß § 115b SGB V,
- spezielle sektorengleiche Vergütungen („Hybrid-DRG“) für ausgewählte AOP-Leistungen gemäß § 115f SGB V,
- DRG-Pauschalen abzüglich Übernachtungskosten (und ggf. weiterer rein stationärer Kosten) für tagesstationäre Behandlungen gemäß § 115e SGB V,
- Finanzierungsmix aus degressiven Tagespauschalen zuzüglich EBM-/GOÄ-basierte Vergütungsanteile für ärztliche Leistungen sowie weitere Vergütungsformen für ambulante Leistungen (s. vorige) für Leistungen der integrierten ambulant/stationären Grundversorgung in den geplanten Level II-Krankenhäusern.

Daneben treten zahlreiche weitere Vergütungsformen der bisherigen ambulanten Versorgungsmöglichkeiten an der Sektorengrenze (z. B. belegärztliche Leistungen, teil-/vor- und nachstationäre Leistungen, Spezialambulanzen an Kliniken, ambulante spezialfachärztliche Versorgung, selektivvertragliche Versorgung).

Das Ziel, alle sektorengleiche Leistungen sektoreinheitlich zu vergüten, rückt somit in immer weitere Ferne. Die aktuellen Entwicklungen wirken eher hemmend als fördernd auf die angestrebte Ambulantisierung. Damit fehlt eine wesentliche Voraussetzung, um die weitreichenden Ziele der Krankenhausstrukturreform zu erreichen.

E-Mail-Kontakt: martin.albrecht@iges.com

Literatur

1. Albrecht, M., Mansky, T., Sander, M. & Schiffhorst, G. (2022). Gutachten nach § 115b Abs. 1a SGB V. Verfügbar unter: https://www.iges.com/kunden/gesundheitsforschungsergebnisse/2022/erweiterter-aop-katalog/index_ger.html [05.07.2023].
2. Albrecht, M., Al-Abadi, T. (2018): Perspektiven einer sektorenübergreifenden Vergütung ärztlicher Leistungen. Vergütungsunterschiede an der Sektorengrenze und Ansatzpunkte zur Entwicklung sektorenübergreifender Vergütungsformen. Verfügbar unter: https://www.zi.de/fileadmin/Downloads/Service/Gutachten/IGES-Gutachten_Sektoreuebergreifende_Verguetung_2018-06-11.pdf [06.07.2023].
3. Loos, S., Albrecht, M., Zich K. (2019): Zukunftsfähige Krankenhausversorgung. Simulation und Analyse einer Neustrukturierung der Krankenhausversorgung am Beispiel einer Versorgungsregion in Nordrhein-Westfalen. Verfügbar unter: <https://www.bertelsmannstiftung.de/de/publikationen/publikation/did/zukunftsfaeheige-krankenhausversorgung> [06.07.2023].
4. Repschläger, U., Röbler, M., Schulte, C., Sievers, C. & Wende, D. (2022a). IGES-Gutachten zur Ausweitung ambulanter Operationen. Eine Potenzialermittlung unter Berücksichtigung des Behandlungskontextes. <https://doi.org/10.30433/ePGSF.2022.002>.
5. Repschläger, U., Röbler, M., Schulte, C., Sievers, C. & Wende, D. (2022b). Ergänzende Auswertungen zum IGES-Vorschlag zum ambulanten Operieren. <https://doi.org/10.30433/ePGSF.2022.004>.
6. Röbler, M., Schulte, C., Repschläger, U., Sievers, C. & Wende, D. (2022). Die Kontextprüfung im Rahmen des IGES-Vorschlags zum ambulanten Operieren. Eine Analyse der Relevanz und Aussagekraft der Kontextfaktoren bei der Ermittlung des Ambulantisierungspotenzials. <https://doi.org/10.30433/ePGSF.2022.007>.

Fußnoten

1. Bislang sind Praxiskliniken allerdings auf ambulantes Operieren in ausgewählten Fachgebieten spezialisiert.
2. Die Angaben enthalten sämtliche Fälle unabhängig vom Kostenträger bzw. auch Selbstzahler.
3. Behandlungen von Tumorpatienten werden bereits häufig durch Krankenhäuser ambulant durchgeführt, allerdings müssen hierfür jeweils lokale Vereinbarungen über teilstationäre bzw. ambulante Leistungserbringung mit den Kostenträgern geschlossen werden. Eine Aufnahme der entsprechenden Leistungen in den AOP-Katalog würde zu einer Systematisierung und Vereinfachung der ambulanten onkologischen Versorgung durch Krankenhäuser beitragen.
4. Bei den Ergebnissen ist zu beachten, dass die Modellierung der Kontextprüfung die Empfehlungen des Gutachtens teilweise nicht exakt abbildet bzw. teilweise auch nicht exakt abbilden konnte, u. a. da für zwei Kontextfaktoren konkrete Operationalisierungen fehlen.

DR. MARTIN ALBRECHT



Dr. Martin Albrecht ist seit 2004 im IGES Institut tätig und seit 2007 dort Geschäftsführer und Leiter des Bereichs Gesundheitspolitik. Er befasst sich mit Fragen der Finanzierung, Organisation und des Wettbewerbs im Gesundheitswesen und ist Autor zahlreicher Studien und Gutachten zu gesundheitspolitischen Themen. Nach Abschluss des Studiums der Volkswirtschaftslehre an der Universität Trier und der Clark University (USA) war er wissenschaftlicher Mitarbeiter im Zentrum für Arbeit und Soziales (Trier). Es folgten Tätigkeiten im wissenschaftlichen Stab des Sachverständigenrates zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung, in der Geschäftsstelle der Kommission für die Nachhaltigkeit in der Finanzierung der Sozialen Sicherungssysteme („Rürup-Kommission“) und in der Volkswirtschaftlichen Abteilung der Deutschen Bundesbank.



Geld und Gesundheit – Patientennutzen zählt

Transformation der ambulanten Medizin: Neue Rollen für Ärzte und Träger

PROF. DR. JÖRG F. DEBATIN, MBA, HEALTHCARE-UNTERNEHMER



Die ambulante Versorgung in Deutschland durchläuft einen umfassenden Veränderungsprozess. Technischer Fortschritt, komplexere Krankheitsbilder, wachsende Ansprüche der Patienten und veränderte Lebensentwürfe der Ärztinnen und Ärzte, führen zu umfassenden Veränderungen in Struktur und Organisation. Dieser Beitrag beschreibt die zugrunde liegenden Entwicklungen und geht auf die aktuelle Debatte um Investoren-betriebene MVZ (iMVZ) ein.

Die ambulante Versorgung wächst

Ambulante Leistungen erfahren ein kontinuierliches Wachstum bei gleichzeitigem Rückgang der stationären Versorgungsleistungen. Während letztere gegenüber 2019 um etwa 15 Prozent geschrumpft sind, wächst die Nachfrage nach ambulanten Leistungen jährlich um zwei bis drei Prozent. Es gibt drei dominante Treiber dieser Entwicklung. Zum einen ermöglicht der konstante technische Fortschritt mit besserem Monitoring, weniger Invasivität und kürzerer Rekonvaleszenz zunehmend mehr Therapiemöglichkeiten innerhalb ambulanter Strukturen. Zum anderen versuchen Patienten stationäre Aufenthalte zu vermeiden – sie präferieren in der Regel eine ambulante Versorgung. Letztlich ziehen auch viele Ärzte eine Beschäftigung im ambulanten Umfeld vor. Geregelter Arbeitszeiten, die Möglichkeit der langfristigen kontinuierlichen Betreuung von Patienten, sowie weniger Nacht- und Wochenenddienste sind häufig genannte Gründe.

Gebremst wird die Ambulantisierung der medizinischen Versorgung immer noch durch Einschränkungen bei der Abrechnung. Viele Eingriffe, die ambulant durchgeführt werden könnten, können nur im stationären Umfeld abgerechnet werden. Die geplante Einführung der Hybrid-DRG wird den Trend zur ambulanten Versorgung daher sicherlich weiter stärken.

Ambulante Gesundheitsversorgung im Umbruch

Auch die ambulante Versorgung in Deutschland steht vor einschneidenden Veränderungen. Auf der einen Seite stehen medizinischer Fortschritt, gepaart mit einem

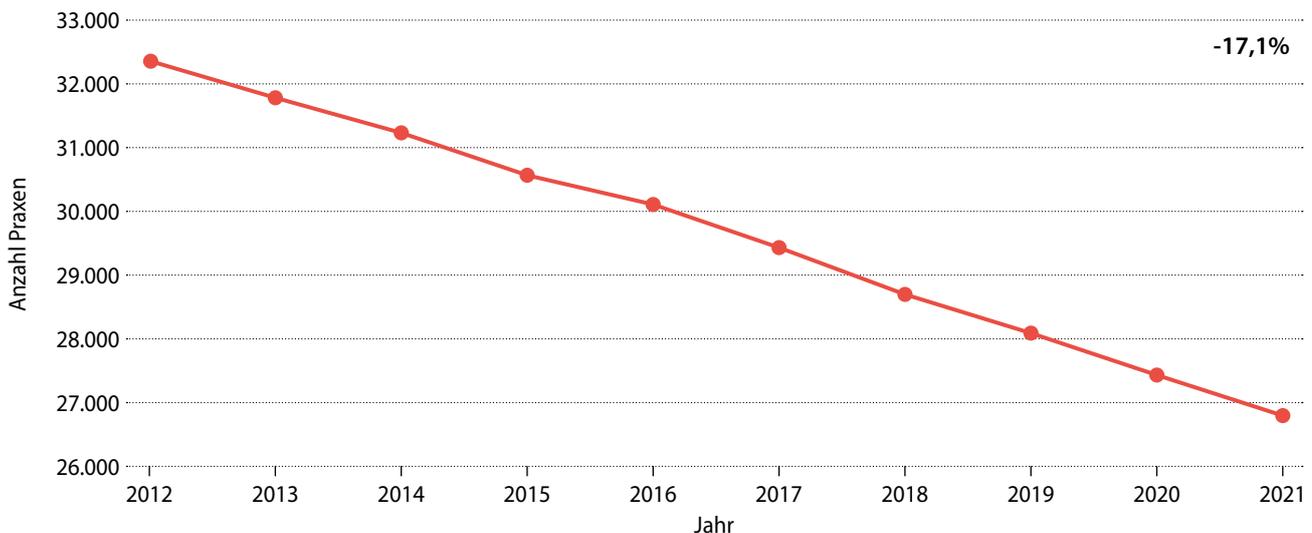
stetig ansteigenden Einsatz immer komplexer werdender Medizintechnik, sowie der rasch anwachsenden Nutzung digitaler Technologien. Mit der Vernetzung aller medizinischen Leistungserbringer über die Telematik-Infrastruktur (TI) ist inzwischen die Grundlage für eine vernetzte, silo-übergreifende Versorgung der Patienten mit ersten digitalen Anwendungen gelegt.

Dazu gehört die Mail-Kommunikation KIM (Kommunikation in der Medizin) ebenso, wie die elektronische Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung (e-AU). Hinzu kommen nun die anstehende Einführung der elektronische Patientenakte (ePA), sowie die verbindliche Einführung des digi-

talen Rezeptes (e-Rezept) zum 1. Januar 2024. Gleichzeitig fordern immer mehr Patienten digitale Terminvergaben sowie telemedizinische Angebote wie Video-Sprechstunde für Rezeptverlängerungen und andere Routine-Interaktionen ein. Erschwert wird der dieser Transformationsprozess oftmals durch veraltete digitale Infrastruktur in den Praxen. Überalterte Praxisverwaltungssysteme (PVS), die primär für die Abrechnung von Leistungen konzipiert waren, sind oftmals nicht in der Lage die neuen Applikationen nutzerfreundlich zu integrieren.

Auf der anderen Seite konfrontiert der demographische Wandel die ambulante Versorgungslandschaft mit

Die Anzahl der hausärztlichen Einzelpraxen sinkt kontinuierlich



Quelle: Statistische Informationen aus dem Bundesarztregister und MVZ-Statistik, KBV



Abbildung 1: Die bislang dominierende Einzelpraxis als Fundament der ambulanten Versorgung gerät unter Druck.

immer mehr älteren Patienten und der damit einhergehenden Multimorbidität. Entsprechend steigt die Komplexität in Diagnostik und Therapie. Hinzu kommt ein zunehmendes Anspruchsdenken der Patienten, gepaart mit dem wachsenden Verlangen nach Transparenz bezogen auf die eigene Gesundheit und Einbeziehung in Therapieentscheidungen. Finanzielle Belastungen durch die Notwendigkeit steigender Investitionen in Medizintechnik sowie rasant steigender Personalkosten kommen dazu. Der Mangel an qualifiziertem Fachpersonal ist auch in der ambulanten Medizin angekommen. Entsprechend schwierig gestaltet sich die Personalakquise für viele niedergelassenen Ärzte.

Diese Herausforderungen überfordern viele ambulante Leistungserbringer in ihren bisherigen Organisationsstrukturen. Die bislang dominierende Einzelpraxis des niedergelassenen Arztes als Fundament der ambulanten Versorgung in Deutschland gerät zunehmend unter Druck, wie auch die Zahlenentwicklung dokumentiert (siehe Abbildung 1).

Neue Versorgungsmodelle sind gefragt. Inhaltlich wird eine interdisziplinäre und interprofessionelle Zusammenarbeit mehrerer Leistungserbringer in der gleichen ambulanten Institution angestrebt. Diese Form der Zusammenarbeit ermöglicht in technisch und organisatorisch optimierter Infrastruktur diagnostische und therapeutische Behand-

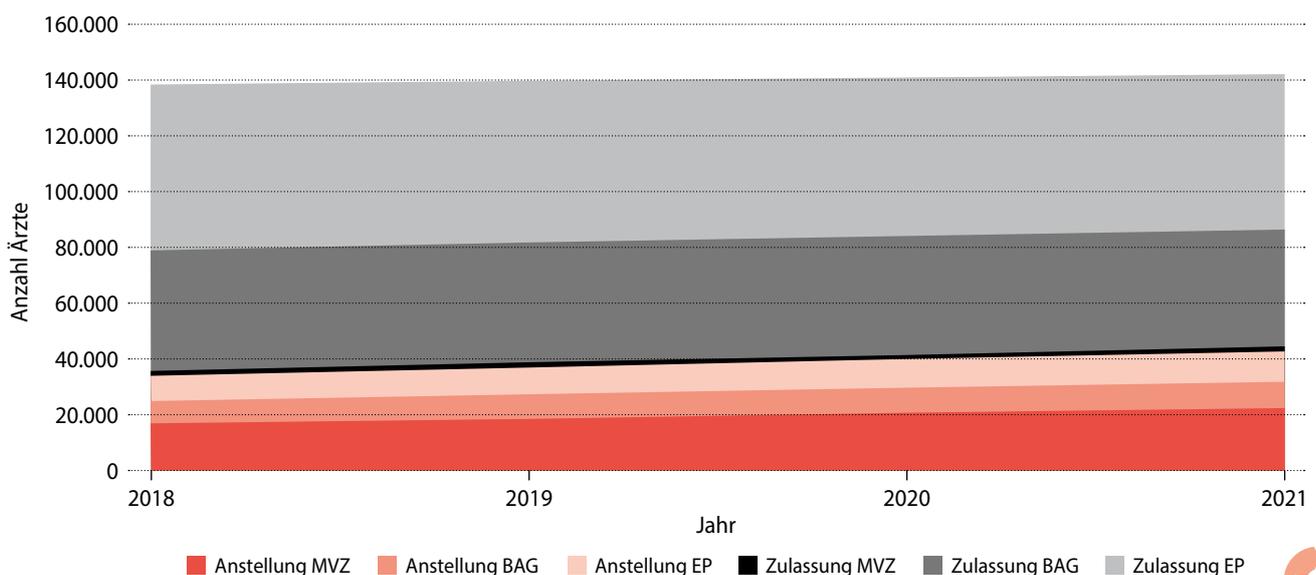
lungsabläufe, die in einer besseren Versorgung der Patienten münden.

Berufsbild ambulant tätiger Ärzte wandelt sich

Entsprechend erfährt auch das Rollenverständnis ambulant tätiger Ärzte eine grundlegende Anpassung: vom Einzelkämpfer zum Teamplayer. In einer modernen ambulanten Versorgungsstruktur arbeitet der Arzt im Verbund, und hat die Möglichkeit zum kollegialen, häufig interdisziplinären Austausch. Bei wachsender Komplexität der Erkrankungsmuster und einer kontinuierlichen Ausweitung medizinischer Möglichkeiten, wächst der Wunsch nach intensivem Austausch unter Kollegen. Nur so kann der zunehmend spezialisierte Mediziner auch in Zukunft dem eigenen Anspruch nach einer optimalen Patientenversorgung entsprechen.

Gleichzeitig muss der niedergelassene Arzt nicht mehr zwangsläufig Eigentümer der eigenen Praxis sein. Zunehmend überfordern Komplexität und Kosten eine einzelne Person. Die Anzahl angestellter Ärzte in ambulanten Verbundstrukturen wächst (Abbildung 2). Weitere Treiber dieser Entwicklung sind die Feminisierung der Medizin, gepaart mit dem Wunsch nach mehr Teilzeitbeschäfti-

Die Anzahl der in ambulanten Verbundstrukturen (MVZ, BAG) tätigen Ärzte steigt

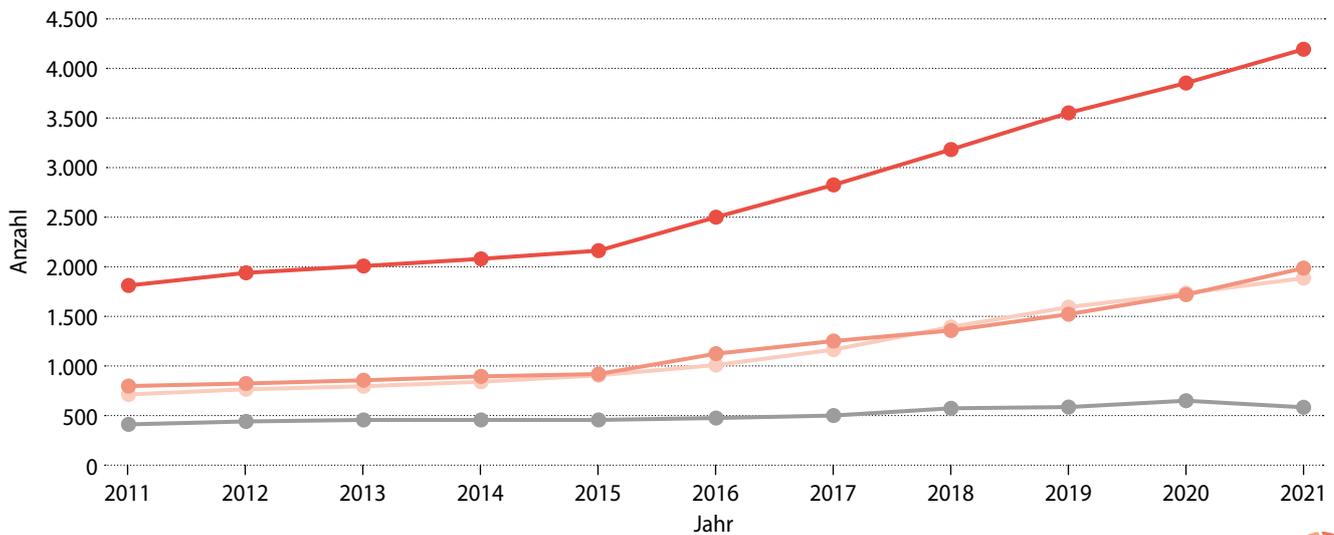


Quelle: Statistische Informationen aus dem Bundesarztregister, KBV, 2018-2021



Abbildung 2: Treiber der Entwicklung sind u.a. die Feminisierung der Medizin, der Wunsch nach Teilzeitarbeit und geregelten Arbeitszeiten.

Rascher Anstieg der MVZ seit 2015



Quelle: Medizinische Versorgungszentren: Statistische Informationen, KBV, 2011-2021



Abbildung 3: Insbesondere mit der Einführung arztgruppengleicher MVZ durch das GKV-Versorgungsstärkungsgesetz ist die Zahl der MVZ seit 2015 stark gestiegen.

gung und geregelten Arbeitszeiten. Das gilt umso mehr für Praxisverbände die sich regional aber auch zunehmend überregional herausbilden.

Das Berufsbild ambulant tätiger Ärzte ändert sich: vom alles-könnenden Unternehmer zum medizinischen Spezialisten!

Neue Trägerstrukturen in der ambulanten Medizin

Zur Stärkung einer arzt- und fachübergreifenden Versorgung wurde mit Inkrafttreten des GKV-Modernisierungsgesetzes (GMG) im Jahr 2004 die Grundlage für die Einführung von Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) gelegt. Seitdem ist die Anzahl an MVZ stetig gestiegen – insbesondere nach der Einführung „arztgruppengleicher“ MVZ durch das GKV-Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VStG) im Jahr 2015 (Abbildung 3).

Die Attraktivität der MVZ-Strukturen aus Sicht der dort tätigen, meist angestellten Ärzte lassen sich wie folgt zusammenfassen:

1. Effizientes Arbeitsumfeld mit moderner, digitaler Infrastruktur,
2. Fokus auf medizinische Tätigkeiten mit Know-how und Erfahrungs-Transfer,

3. feste Arbeitszeiten mit attraktiven Weiterbildungskonzepten wie Rotationen etc.

Rechtlich blieb die MVZ-Trägerschaft allerdings auf Ärzte und Krankenhäuser beschränkt. Fachfremde Kapitalgeber müssen den Umweg über den Erwerb eines Krankenhauses gehen. Für zahlreiche Private-Equity-Gesellschaften wurde genau diese Möglichkeit der privatwirtschaftlichen Trägerschaft von Krankenhäusern zum Einfallstor in den ambulanten Markt. Mit einem einzelnen, im Bettenplan verankerten Krankenhaus, können bundesweit ambulante Praxen aufgekauft und als MVZ betrieben werden. Diese Entwicklung wird von Teilen der Politik aber auch innerhalb der Ärzteschaft als problematisch angesehen. Gewarnt wird vor der Übernahme von Arztpraxen durch Finanzinvestoren, die zur Bildung konzernartiger Strukturen führten. Letztere würden aufgrund überhöhter Renditeerwartungen die Versorgung der Patienten gefährden.

Schreckgespenst Investoren-betriebener MVZ (iMVZ)

„Diese Kommerzialisierung bringt das Grundgerüst eines solidarisch und gemeinschaftlich organisierten Gesundheitswesens ins Wanken. Um diesen Entwicklungen entgegenzuwirken, braucht es klare gesetzliche Regelungen“,

stellten die Abgeordneten des 125. Deutschen Ärztetages am 17. Mai 2023 in Essen klar. Sie sprachen sich mit großer Mehrheit für ein Fremdbesitzverbot für Arztpraxen und MVZ aus. Aus Sicht des Ärzteparlaments sollte der Besitz von ärztlich geleiteten Einrichtungen der ambulanten Patientenversorgung unter Veränderung des vertragsärztlichen Zulassungsrechts auf Ärztinnen und Ärzte als persönliche Rechtsträger beschränkt werden.

Bedingt durch eine vorwiegend renditeorientierte Motivation der Fremdinvestoren bestehe die Gefahr, dass medizinische Entscheidungen zugunsten einer kommerziell motivierten Leistungserbringung getroffen werden. Zu befürchten sei außerdem eine Konzentration von investorenbetriebenen medizinischen Einrichtungen vor allem in Ballungsräumen zulasten der Versorgung in ländlichen Gebieten sowie die Konzentration auf besonders profitable Leistungen zulasten der medizinischen Grundversorgung.

Erforderlich sei zumindest, den Versorgungsauftrag von MVZ zur Wahrung der Trägerpluralität und der freien Arztwahl zu begrenzen. MVZ-Gründungen durch Krankenhäuser seien an einen fachlichen und räumlichen Bezug zu deren Versorgungsauftrag zu koppeln. Anträge auf Zulassung sowie auf Anstellung einer Ärztin bzw. eines Arztes im MVZ seien dann zu versagen, wenn der Träger des MVZ dadurch in einer Region eine marktbeherrschende Stellung erlangen würde.

Auch forderte der 125. Deutsche Ärztetag eine Veröffentlichungspflicht unter anderem des Leistungsangebotes, der Personalstruktur und der Eigentumsverhältnisse von MVZ analog den Qualitätsberichten der Krankenhäuser.

Ähnliche Vorstöße gibt aus der Politik. Besonders hervorzuheben sind diesbezüglich die Gesundheitsminister der Länder. In einem Beschluss von Anfang November 2021 fordern sie neben einer Kennzeichnungspflicht für Träger und Betreiber auf dem Praxisschild mehr Strukturtransparenz und fordern das Bundesgesundheitsministerium auf, eine gesetzliche Regelung zu veranlassen

- zur Beschränkung der Zulassung auf einen regionalen Bezug (KV-Bezirk des Arztsitzes) sowie
- zur Beschränkung des Versorgungsanteils der MVZ pro Facharztgruppe auf 25 Prozent.

Anfang Mai haben nun die Bundesländer Rheinland-Pfalz, Bayern und Schleswig-Holstein angekündigt, einen Entschließungsantrag im Bundesrat mit Forderungen an die Bundesregierung einbringen zu wollen, mit dem Ziel, die MVZ-Landschaft stärker zu beschneiden. Unter

anderem wollen die Länder die MVZ-Gründungsbefugnis für Kliniken regional beschränken sowie deren haus- und fachärztliche Versorgungsanteile limitieren. Dabei ist allen Beteiligten klar, dass der ‚örtliche Bezug‘ von Krankenhaus und MVZ-Gründung das Aus von iMVZ bedeuten würde.

iMVZ und die Realität

Wirklich nachvollziehbar sind die Sorgen von Ärzteschaft und Politik nicht. Zumindest gibt es keine Daten, die die Befürchtungen untermauern würden. In einem vom Bundesverband der Betreiber Medizinischer Versorgungszentren e.V. (BBMV) in Auftrag gegebenes Memorandum von Prof. Dr. Frank-Ulrich Fricke, Werner Köhler sowie Dr. Stephan Rau vom Februar 2023 kam zu folgenden Schlussfolgerungen:

- In den bisherigen Studien gibt es keine Anhaltspunkte dafür, dass unterschiedliche Kapitalgeberstrukturen die ambulante Versorgung verschlechtern oder verteuern.
- Es gibt keine Evidenz dafür, dass Kapitalinteressen ärztliche Entscheidungen beeinflussen oder eine Zunahme von MVZ der Versorgung von Patientinnen und Patienten schadet.

Die Autoren kommen zu dem Schluss, dass Inhaber- und Trägerschaft keine geeigneten Ansatzpunkte für eine patientenorientierte Weiterentwicklung des Rechtsrahmens für MVZ sind.

Trotz gegenteiliger politischer Bekundungen durch den Bundesgesundheitsminister geben auch die Experten des Bundesgesundheitsministeriums (BMG) Entwarnung. So schreiben die Beamten in der Beantwortung einer Anfrage der CDU/CSU-Bundestagsfraktion vom Februar dieses Jahres (Drs. 20/5166): Dem BMG liegen keine Erkenntnisse dazu vor, dass ärztliche Leiterinnen und Leiter gesetzliche Schutzfunktion zur Abschirmung der ärztlichen Behandlungstätigkeit vor sachfremder Einflussnahme in investorenbetriebenen MVZ unzureichend erfüllen.“ Gleichzeitig sei es allerdings zielführend, die Stellung der ärztlichen Leitung im MVZ für die Zukunft noch weitergehend abzusichern.

Fazit

Der Ausgang der oben skizzierten Debatte ist zum gegenwärtigen Zeitpunkt unklar. Fest hingegen steht, dass die bisherige auf Einzelpraxen beruhende ambulante Versorgungsstruktur den Anforderungen an eine moderne

Medizin immer weniger gewachsen ist. Viele Ärzte und Ärztinnen wollen anders arbeiten – im Verbund mit kollegialem Austausch, in technologisch und organisatorisch optimierter Umgebung, mit klarem Fokus auf medizinische Tätigkeiten.

Ausschlaggebend für Patienten ist sicher nicht die Trägerstruktur einer ambulanten Versorgungsstruktur, sondern vor allem die Qualität der medizinischen Versorgung. Ein Wettbewerb auf dieser Basis wäre ausgesprochen wünschenswert. Voraussetzung dafür ist aus Sicht des Autors die längst überfällige Einführung verpflichtender Qualitätsmessungen auch in der ambulanten Versorgung.

.....

PROF. DR. MED. JÖRG F. DEBATIN, MBA

.....



Healthcare-Unternehmer; bis 12/2021 Chairman des health innovation hub des Bundesministeriums für Gesundheit, Berlin; von 2014-2018 Vice President und Global Chief Technology Officer von GE Healthcare, Chicago/ USA; davor Vorstandsvorsitzender der amedes Holding AG (2011-2014), Vorstandsvorsitzender und Ärztlicher Direktor des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf (2003-2011), sowie Ordinarius für Diagnostische Radiologie am Universitätsklinikum Essen (1998-2003), Facharzt für Diagnostische Radiologie.



Frankfurter Forum: Themenschwerpunkte der Diskurs-Hefte

<p>Heft 1: Juni 2010</p>	<p>Medizinischer Fortschritt in einer alternden Gesellschaft</p>
	<p>„Ethische Aspekte“ Prof. Dr. rer. oec. Lic. theol. Friedhelm Hengsbach SJ, Katholische Akademie Rhein-Neckar, Ludwigshafen</p>
	<p>„Medizinische Aspekte“ Prof. Dr. med. Dr. phil. Dr. theol. h.c. Eckhard Nagel, Geschäftsführender Direktor, Institut für Medizinmanagement und Gesundheitswissenschaften, Universität Bayreuth</p>
	<p>„Ökonomische Aspekte“ Prof. Dr. rer. pol. Volker Ulrich, Lehrstuhl für Volkswirtschaftslehre III, insb. Finanzwissenschaften, Universität Bayreuth</p>
<p>Heft 2: Oktober 2010</p>	<p>Versorgungskonzepte für eine alternde Gesellschaft</p>
	<p>„Spezielle Versorgungsanforderungen für ältere und alte Patienten“, Prof. Dr. med. Adelheid Kuhlmeier, Mitglied des Sachverständigenrates, Direktorin des Instituts für Medizinische Soziologie, Berlin</p>
	<p>„Alt werden in einer Zeit des gesellschaftlichen Wandels – Herausforderungen für den Einzelnen und die Gesellschaft“ Prof. Dr. theol. Peter Dabrock, M.A., Dekan Fachbereich Evangelische Theologie – Sozialethik/Bioethik, Philipps-Universität Marburg</p>
	<p>„Alt, krank, pflegebedürftig – werden wir den Anforderungen gerecht?“ Dr. h.c. Jürgen Gohde, Vorsitzender Kuratorium Deutsche Altershilfe, Berlin</p>
<p>Heft 3: April 2011</p>	<p>Priorisierung, Rationierung – begriffliche Abgrenzung</p>
	<p>„Müssen die ethischen Grundsätze unserer Gesellschaft modifiziert werden?“ Prof. Dr. med. Bettina Schöne-Seifert, Lehrstuhl für Medizinethik, Universität Münster</p>
	<p>„Erschließung von Rationalisierungsreserven im deutschen Gesundheitswesen“ Prof. Dr. rer. pol. Volker Ulrich, Lehrstuhl für Volkswirtschaftslehre III, insbes. Finanzwissenschaften, Universität Bayreuth</p>
	<p>„Juristische Implikationen für Entscheidungsverfahren und Entscheidungsmaßstäbe“ Prof. Dr. jur. Stefan Huster, Lehrstuhl für Öffentliches Recht und Sozialrecht, Ruhr-Universität Bochum</p>
	<p>„Hilft ein Patientenrechtegesetz bei der medizinischen Versorgung der Menschen?“ Wolfgang Zöllner, Mitglied des Deutschen Bundestages, Beauftragter der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten, Berlin</p>
<p>Heft 4: Oktober 2011</p>	<p>Priorisierung, Rationierung – Lösungsansätze</p>
	<p>„Welche Positionen vertritt der G-BA hinsichtlich einer strukturierten, zielorientierten Gesundheitsversorgung – Beispiel Depressionen?“ Dr. jur. Rainer Hess, Unparteiischer Vorsitzender des G-BA, Berlin</p>
	<p>„Kosten-Nutzen-Bewertungen von medizinischen Interventionen als Allokationsinstrument – ethische Aspekte einer Priorisierung“, Prof. Dr. med. Georg Marckmann, MPH, Direktor Institut für Geschichte der Medizin, Ludwig-Maximilians-Universität, München</p>
	<p>„Erwartungen der Krankenkassen an die Kosten-Nutzen-Bewertung von Gesundheitsleistungen“ Prof. Dr. rer. pol. h. c. Herbert Rebscher, Vorsitzender des Vorstandes DAK Unternehmen Leben, Hamburg</p>
	<p>„Priorisierung medizinischer Leistungen in Schweden – was können wir aus diesem Projekt lernen?“ Prof. Dr. med. Dr. phil. Heiner Raspe, Akademisches Zentrum für Bevölkerungsmedizin und Versorgungsforschung, Medizinische Universität Lübeck</p>



Heft 5: April 2012	Versorgung in einer alternden Gesellschaft
	<p>„Aktuelle Situation und Zukunft in der vertragsärztlichen Versorgung“ Dr. rer. pol. Dominik Graf von Stillfried, Geschäftsführer des Zentralinstituts für die Kassenärztliche Versorgung, Berlin</p> <p>„Koordiniertes Versorgungsmanagement für ältere und multimorbide Patientinnen und Patienten“ Claudia Korf, Diplom-Volkswirtin Beauftragte für sozial- und gesundheitspolitische Fragen der BARMER GEK beim Bund, Berlin</p> <p>„Patientenbegleiter als Scharnier zwischen Arzt und chronischen Patienten“ Dr. med. Katja Wimmer, Abteilungsleiterin Versorgungsmanagement, Bosch BKK, Stuttgart</p> <p>„Koordinierte Behandlung und Versorgung alter und multimorbider Patientinnen und Patienten“ Dr. med. Holger Lange, Chefarzt der Medizinischen Klinik III, Geriatrie Zentrum und der Fachklinik für Geriatrie MediClin Reha-Zentrum Roter Hügel, Bayreuth</p>
Heft 6: Oktober 2012	Chancen und Risiken individualisierter Medizin
	<p>Medizinische Versorgung – eine maßgeschneiderte Versorgung der Zukunft?“ Prof. Dr. med. Dr. phil, Dr. theol h.c. Eckhard Nagel, Lehrstuhl für Medizinmanagement und Gesundheitswissenschaften der Universität Bayreuth, Ärztlicher Direktor am Universitätsklinikum Essen</p> <p>„Welche juristischen Herausforderungen und Probleme müssen bewältigt werden?“ Prof. Dr. jur. Stefan Huster, Institut für Sozial- und Gesundheitsrecht, Ruhr-Universität Bochum</p> <p>„Ökonomische Aspekte – bessere Versorgung bei gleichzeitiger Kostendämpfung?“ Prof. Dr. rer. pol. Volker Ulrich, Lehrstuhl für Volkswirtschaftslehre III, insb. Finanzwissenschaften, Universität Bayreuth</p> <p>„Ethische Herausforderungen für Patient, Arzt und Gesellschaft“ Prof. Dr. med. Georg Marckmann, MPH / Dr. Sebastian Schleidgen, Institut für Ethik, Geschichte und Theorie der Medizin, Ludwig-Maximilians-Universität, München</p>
Heft 7: April 2013	Individualisierte Medizin – die Grenzen des Machbaren
	<p>„Konsequenzen für Krankenkassen und die Patientenversorgung“ Dr. med. Dietrich Bühler, Leiter des Referats Methodenbewertung, Spitzenverband Bund der Krankenkassen, Berlin</p> <p>„Diagnose und Therapieoptionen in der gynäkologischen Onkologie“ Prof. Dr. med. Dr. h. c. Manfred Kaufmann, ehem. Direktor für Gynäkologie und Geburtshilfe Dr. med. Thomas Karn, Arbeitsgruppenleiter für translationale Gynäkologie und Onkologie, Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe der Goethe-Universität, Frankfurt</p> <p>„Implikationen für Planung und Durchführung klinischer Studien“ PD Dr. med. Stefan Lange / Prof. Dr. med. Jürgen Windeler, Stellvertretender Leiter und Leiter des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG), Köln</p> <p>„Diagnose und Therapieoptionen in der Onkologie: Kritische Analyse und Ausblick“ Prof. Dr. med. Wolf-Dieter Ludwig, Vorsitzender der Arzneimittelkommission der Deutschen Ärzteschaft, Chefarzt der Klinik für Hämatologie, Onkologie und Tumormimmunologie im Helios Klinikum, Berlin-Buch</p> <p>„Auswirkung für Pharmaunternehmen mit Blick auf die Onkologie-Forschung“ Dr. med. Clemens Stoffregen, Medical Affairs Manager Europe Prof. Dr. med. Axel-Rainer Hanauske, Vice President Lilly Oncology Medical Europe, Australia, Eli Lilly and Company</p>

Heft 8: Oktober 2013	Psychische Erkrankungen – Mythen und Fakten
	„Depression und „Burnout“ – Begriffsbestimmung und Trends“ Prof. Dr. med. Ulrich Hegerl, PD Dr. med. Christine Rummel-Kluge, Dipl.-Psych. Nicole Koburger, Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Universitätsklinikum Leipzig, Stiftung Deutsche Depressionshilfe
	„Menschen mit Migrationshintergrund – wer kümmert sich?“ Prof. Dr. med. Helene Basu, Institut für Ethnologie, Westfälische Wilhelms-Universität Münster
	„Hilfe bei psychosozialen Problemen für Menschen mit Migrationshintergrund“ Prof. Dr. med. Gisela Charlotte Fischer, Vorsitzende des Ethno-Medizinischen Zentrums e. V. Hannover
	„Erhaltung der Menschenwürde bei Demenzkranken – eine ethische Herausforderung“ Prof. Dr. theol. Eberhard Schockenhoff, Direktor des Instituts für Systematische Theologie, Universität Freiburg Dr. theol. Verena Wetzstein, Studienleiterin an der Katholischen Akademie Freiburg

Heft 9: März 2014	Psychische Erkrankungen – Konzepte und Lösungen
	„Wirtschaftliche Folgen psychosozialer Erkrankungen in Deutschland“ Prof. Dr. rer. pol. Volker Ulrich, Lehrstuhl für Volkswirtschaftslehre III, insb. Finanzwissenschaften Universität Bayreuth
	„Qualität der Versorgungsabläufe auf dem Prüfstand“ Prof. Dr. rer. pol. h. c. Herbert Rebscher, Vorsitzender des Vorstandes, DAK Unternehmen Leben, Hamburg
	„Prävention seelisch bedingter Erkrankungen am Arbeitsplatz – nur eine Frage für Ärzte?“ Dr. med. Kay Großmann, Leiter des Gesundheitsmanagements der Dr. ing. H. C. F. Porsche AG, Stuttgart
	„Psychische Belastungen im Betrieb – Lösungsansätze aus Arbeitnehmersicht“ Dr. Hanns Pauli, Referatsleiter für Arbeits- und Gesundheitsschutz beim DGB, Bundesvorstand, Berlin
	„Psychische und psychosoziale Rehabilitation – der Beitrag der Rentenversicherung“ Thomas Keck, Vorsitzender der Geschäftsführung der Deutschen Rentenversicherung Westfalen, Münster

Heft 10 Oktober 2014:	Selbstbestimmt leben, in Würde sterben
	„Sterbehilfe und Sterbebegleitung – eine theologische Annäherung“ Weihbischof Prof. Dr. theol. Karlheinz Diez, Bistum Fulda
	„Die Bedeutung existenzieller und spiritueller Fragen in der Sterbebegleitung“ Prof. Dr. theol. Josef Schuster SJ, Philosophisch-Theologische Hochschule St. Georgen, Frankfurt
	„Recht auf Sterben, Beihilfe zur Selbsttötung, Tötung auf Verlangen: Was steht im Gesetz?“ Prof. Dr. jur. Wolfram Höfling, Lehrstuhl für Staats- und Verwaltungsrecht, Finanz- sowie Gesundheitsrecht, Universität zu Köln
	„Vorsorgevollmacht und Patientenverfügung: Wollen Arzt und Patient immer das Gleiche?“ Ulrich Engelfried, Richter am Amtsgericht Hamburg-Barmbek
	„Betreuung Sterbender: Sind Pflegekräfte, Ärzte, Seelsorger ausreichend qualifiziert?“ Dr. h. c. Jürgen Gohde, Vorsitzender des Kuratoriums Deutsche Altershilfe, Berlin
	„Hospiz- und Palliativversorgung von Schwerstkranken und Sterbenden“ Eugen Brysch M. A., Vorstand der Deutschen Stiftung Patientenschutz, Dortmund
	„Probleme der palliativen Versorgung in ländlichen Regionen“ Dr. med. Erika Ober, Hospiz-Initiative Odenwald, Michelstadt

Heft 11 April 2015:	Sterbehilfe – Streit um eine gesetzliche Neuregelung
	<p>„Freundschaft mit dem Tod“ ist keine Haltung für Angehörige, Ärzte, Pflegende und Seelsorger“ Prof. Dr. theol. Traugott Rose, Lehrstuhl für Praktische Theologie, Universität Münster</p> <p>„Palliative Versorgung zu Hause und in der Klinik – Status quo und Perspektiven“ Prof. Dr. med. Friedemann Nauck, Lehrstuhl für Palliativmedizin, Universität Göttingen</p> <p>„Ärztliche Handlungspraxis am Lebensende: Empirische Daten, ethische Analysen“ PD Dr. med. Jan Schildmann, Akademischer Rat Prof. Dr. med. Dr. Jochen Vollmann, Direktor des Instituts für Medizinische Ethik und Geschichte der Medizin, Ruhr-Universität Bochum</p> <p>„Ergebnisse einer repräsentativen Befragung zur Sterbehilfe: Geringes Wissen in der Bevölkerung“ Eva Walzik, Diplom-Volkswirtin, Leiterin der Politischen Büros der DAK-Gesundheit, Berlin</p> <p>„Die Behandlung von Krebspatienten am Lebensende – wann kann weniger mehr sein“ Prof. Dr. med. Wolf-Dieter Ludwig, Vorsitzender der Arzneimittelkommission der Deutschen Ärzteschaft, Chefarzt der Klinik für Hämatologie, Onkologie und Tumormimmunologie im Helios Klinikum, Berlin-Buch</p>
Heft 12 Oktober 2015:	Sozialstaatsgebot und Wettbewerbsorientierung
	<p>„Wettbewerb im Gesundheitswesen: Ist noch Platz für Gleichheit und Gerechtigkeit?“ Prof. Dr. rer. oec. Lic. theol. Friedhelm Hengsbach SJ, Nell-Breuning-Institut St. Georgen, Frankfurt, Katholische Akademie Rhein-Neckar, Ludwigshafen</p> <p>„Marktwirtschaft und Versorgungsgerechtigkeit – passt das zusammen?“ Prof. Dr. jur. Stefan Huster, Institut für Sozial- und Gesundheitsrecht, Ruhr-Universität Bochum</p> <p>„GKV und PKV: Reformierte Dualität oder integrierter Versorgungsmarkt?“ Prof. Dr. rer. pol. Volker Ulrich, Lehrstuhl für Volkswirtschaftslehre III, insb. Finanzwissenschaften, Universität Bayreuth</p> <p>„Solidarität und Effizienz als Widerspruch? Wettbewerbsordnung im Gesundheitswesen“ Prof. Dr. rer. pol. h.c. Herbert Rebscher, Vorsitzender des Vorstandes DAK Unternehmen Leben, Hamburg Eva Walzik, Diplom-Volkswirtin, Leiterin der Politischen Büros der DAK-Gesundheit, Berlin</p>
Heft 13 April 2016:	Preis- und Qualitätsorientierung im Gesundheitssystem
	<p>„Organisation der gesundheitlichen Versorgung: Wo stehen wir? Wo müssen wir hin?“ Prof. Dr. med. Marion Haubitz, Mitglied des Sachverständigenrates der Bundesregierung zur Beurteilung der Entwicklung im Gesundheitswesen Direktorin Medizinische Klinik III, Fulda</p> <p>„Fehlender Wettbewerb an den Sektorengrenzen: Politik- oder Systemversagen?“ Rechtsanwalt Gerhard Schulte, Ministerialdirektor a. D. Abteilung Gesundheitsversorgung, Krankenversicherung und Arzneimittel im Bundesministerium für Gesundheit, Berlin</p> <p>„Die Rolle der Vertragsärzte in einem Krankenkassenwettbewerb um Versicherte“ Dr. med. Manfred Richter-Reichhelm, ehem. Vorsitzender der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und KV Berlin</p> <p>„Wieviel Wettbewerb verträgt ein Krankenhaus?“ Karsten Honsel, Vorstandsvorsitzender der Gesundheit Nordhessen Holding AG, Kassel</p> <p>„Sozialstaat und Wettbewerbsordnung: Wo bleiben Beitragszahler und Patienten?“ Dr. rer. pol. Ilona Köster-Steinebach, Referentin Qualität und Transparenz im Gesundheitswesen, Verbraucherzentrale Bundesverband, Berlin</p>

Heft 14 Oktober 2016:	Lebensqualitäts-Konzepte: Chancen und Grenzen
	„Der Begriff der Lebensqualität in der Medizin – was ist darunter zu verstehen?“ Prof. Dr. med. Matthias Rose, Direktor der Medizinischen Klinik mit Schwerpunkt Psychosomatik, Charité Universitätsmedizin Berlin
	„Kann subjektiv empfundene Lebensqualität objektiv gemessen werden?“ Prof. Dr. rer. pol. Wolfgang Greiner, Lehrstuhl für Gesundheitsökonomie und -Management, Universität Bielefeld
	„Der Lilly Quality of Life-Preis: Förderung der Lebensqualitätsforschung seit 20 Jahren“ Dr. Johannes Clouth, Diplom Kaufmann Senior Manager Health Economics, Lilly Deutschland GmbH, Bad Homburg v. d. Höhe
	„Lebensqualität und Patientennutzen – Konsequenzen für die Nutzenbewertung“ Prof. Dr. jur. Josef Hecken, Unparteiischer Vorsitzender des Gemeinsamen Bundesausschusses, Berlin
	„Lebensqualität von Menschen mit Migrationshintergrund und von Geflüchteten“ Dr. phil. Dipl. Psych. Ulrike Kluge, Zentrum für interkulturelle Psychiatrie und Psychotherapie, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Charité Universitätsmedizin, Berlin

Heft 15 April 2017:	Lebensqualität und Versorgung: Messen, wägen, entscheiden
	„Gesundheitsbezogene Lebensqualität: Ethische und rechtliche Aspekte“ Prof. Dr. jur. Thomas Gutmann, M. A., Lehrstuhl für bürgerliches Recht, Rechtsphilosophie und Medizinrecht, Westfälische Wilhelms-Universität Münster
	„Was ist die Lebensqualität des Einzelnen in der Gesellschaft wert?“ Prof. Dr. rer. pol. Volker Ulrich, Lehrstuhl für Volkswirtschaftslehre III, insb. Finanzwissenschaften, Universität Bayreuth
	„Lebensqualität von Demenzpatienten: Wie kann man sie messen, wie kann man sie fördern?“ Prof. Dr. med. Johannes Pantel, Institut für Allgemeinmedizin, Goethe-Universität Frankfurt
	„Lebensqualität von Tumorpatienten: Behandlungsstrategien im Krankheitsverlauf“ Prof. Dr. med. Norbert Niederle, Ehemaliger Direktor der Medizinischen Klinik 3, Klinikum Leverkusen

Heft 16: Oktober 2017	Digitales Gesundheitswesen: Chancen, Nutzen, Risiken
	„Gesundheits-Apps – Patientennutzen versus Kommerz“ PD. Dr. med. Urs-Vito Albrecht, MPH, Peter L. Reichertz-Institut für Medizinische Informatik der TU Braunschweig und der Medizinischen Hochschule Hannover
	„Versicherungsdaten in der GKV: Wege zur besseren Steuerung und Effizienz der Versorgung“ Prof. Dr. h. c. Herbert Rebscher, Institut für Gesundheitsökonomie und Versorgungsforschung, Professor für Gesundheitsökonomie und -politik Rechts- und wirtschaftswissenschaftliche Fakultät der Universität Bayreuth
	„Big Data in Forschung und Versorgung: ethische Überlegungen und Lösungsansätze“ Prof. Dr. med. Dr. phil. Eva C. Winkler, Nationales Centrum für Tumorerkrankungen, Universitätsklinikum Heidelberg, Programm Ethik und Patientenorientierung in der Onkologie
	„Digitalisierung in der Medizin – Herausforderung für Ärzte und Patienten“ Prof. Dr. med. Gerd Hasenfuss, Direktor der Klinik für Kardiologie und Pneumologie der Universitätsmedizin Göttingen und Chefarzt der Klinik und Rehabilitationszentrum Lippoldsberg

Heft 17 April 2018:	Digitales Gesundheitswesen: Konzepte und Praxisbeispiele
	<p>„Worin liegen Chancen und Risiken für Patienten, Ärzte und Krankenkassen?“ Prof. Dr. med. Christoph Straub, Vorstandsvorsitzender der BARMER, Berlin/Wuppertal</p> <p>„Telemedizinische Betreuung bei chronischer Herzinsuffizienz: Chance für bessere Versorgung“ Prof. Dr. med. Friedrich Köhler, Leiter des Charité- Zentrums für Kardiovaskuläre Telemedizin, Charité-Universitätsmedizin Berlin</p> <p>Dipl. Soz. tech. Sandra Prescher, wissenschaftliche Mitarbeiterin, Charité-Universitätsmedizin Berlin</p> <p>„Telemedizinische Verfahren: Erfolgsfaktor für eine bessere Betreuung chronisch Kranker?“ Dr. med. Amin-Farid Aly, Referent für Telematik und Telemedizin, Bundesärztekammer Berlin</p> <p>„Telemonitoring depressiver Patienten – Konsequenzen für Prävention und Behandlung“ Andreas Storm, Vorsitzender des Vorstandes, DAK-Gesundheit, Hamburg</p> <p>„Digitale Diabetes-Versorgung: Wie Patienten vom technischen Fortschritt profitieren“ Thomas Ballast, Diplom Volkswirt, Stellvertretender Vorsitzender des Vorstands, Techniker Krankenkasse, Hamburg</p>
Heft 18 Oktober 2018:	Demenz und Depressionen – was kommt auf uns zu?
	<p>„Depression und Demenz im Alter: Prävention, Epidemiologie, Diagnostik und Behandlung“ Prof. Dr. med. Ulrich Hegerl, Direktor der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Universitätsklinikum Leipzig Vorsitzender Stiftung Deutsche Depressionshilfe, Leipzig/Frankfurt am Main</p> <p>„Direkte und indirekte Kosten bei der Demenz: Welche Versorgungskonzepte sind tragfähig?“ Prof. Dr. rer. pol. Volker Ulrich, Lehrstuhl für Volkswirtschaftslehre III, insb. Finanzwissenschaften, Universität Bayreuth</p> <p>„Menschen mit Demenz – verloren zwischen Familie, Pflege und Krankenhaus?“ Dr. h.c. Jürgen Gohde, Vorsitzender des Kuratoriums Deutsche Altershilfe, Berlin</p> <p>„Alt, dement und Migrationshintergrund – ein sich potenzierendes Problem?“ Prof. Dr. med. Meryam Schouler-Ocak, Leitende Oberärztin an der Psychiatrischen Universitätsklinik der Charité im St. Hedwigs-Krankenhaus, Berlin</p>
Heft 19 April 2019:	Demenz – neue Ansätze in Forschung, Diagnose und Therapie
	<p>„Demenz und personale Identität“ Prof. Dr. med. Dr. phil. Thomas Fuchs, Klinik für Allgemeine Psychiatrie, Universitätsklinikum Heidelberg</p> <p>„Demenzvorstadien: sind Risikoprofile und Biomarker für eine individuelle Prädikation geeignet?“ Prof. Dr. med. Frank Jessen, Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Universitätsklinikum Köln</p> <p>„Alzheimer-Forschung – aus Sicht eines forschenden Pharmaunternehmens“ Oliver Stahl, Diplom Betriebswirt Senior Director Corporate Affairs, Lilly Deutschland GmbH, Bad Homburg v. d. Höhe</p> <p>„Vorgeschichte, Gegenwart und Zukunft der Demenzbehandlung – Etappen der Anthropologie“ Prof. Dr. med. Hans Förstl, Direktor der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Technische Universität München</p> <p>„Nicht-medikamentöse Therapieansätze bei der Demenz – Möglichkeiten und Grenzen“ Prof. Dr. med. Johannes Pantel – Diplom-Psychologe Arthur Schall, M.A. Goethe-Universität Frankfurt a. Main</p> <p>„Schmerz und Demenz – eine leitliniengerechte Therapie ist trotz Problemen möglich“ Dr. med. Thomas Sitte, Vorstandsvorsitzender Deutsche Palliativ-Stiftung, Fulda</p>

<p>Heft 20 Oktober 2019:</p>	<p>Perspektiven der Präzisionsmedizin</p>
	<p>„Robotik, künstliche Intelligenz und medizinische Praxis – ethische Aspekte“ Prof. Dr. med. Stephan Sahn, Chefarzt Medizinische Klinik I Ketteler Krankenhaus, Offenbach Professor für Medizinethik, Senckenberg Institut für Geschichte und Ethik in der Medizin, Goethe-Universität Frankfurt a. Main</p>
	<p>„Das individualisierte Risiko – juristische und ethische Aspekte“ Prof. Dr. jur. Stefan Huster Juristische Fakultät, Institut für Sozial- und Gesundheitsrecht, Ruhr-Universität Bochum</p>
	<p>„Fortschritte in der Onkologie – bleibt der medizinische Fortschritt finanzierbar?“ Prof. Dr. rer. pol. Volker Ulrich, Lehrstuhl für Volkswirtschaftslehre III, insb. Finanzwissenschaften, Universität Bayreuth</p>
	<p>„Präzisionstherapie für jeden Krebspatienten – realistisches Versprechen oder unrealistisches Ziel?“ Prof. Dr. Eva Susanne Dietrich, Institut für evidenzbasierte Positionierung im Gesundheitswesen, Friedrich-Wilhelms-Universität Bonn</p>
	<p>„Biomarker-basierte Präzisionsmedizin: Welchen Beitrag kann Big Data in der Onkologie leisten?“ Prof. Dr. med. Wolf-Dieter Ludwig, Vorsitzender der Arzneimittelkommission der Deutschen Ärzteschaft, Berlin</p>

<p>Heft 21 April 2020:</p>	<p>Präzisionsmedizin – Chancen für Forschung und Therapie</p>
	<p>„Eine neue Ära für Arzt und Patient am Beispiel des Hodgkin Lymphoms“ Prof. Dr. med. Dr. h.c. mult. Volker Diehl, Köln/Berlin Ehemaliger Direktor der Klinik I der Universität zu Köln, Gründungsdirektor des Nationalen Centrums für Tumorerkrankungen (NTC-Heidelberg)</p>
	<p>„Individualisierte Diagnostik und Therapie in der Onkologie“ Prof. Dr. med. Bernhard Wörmann, Medizinischer Leiter der Deutschen Gesellschaft für Hämatologie und Medizinische Onkologie Klinik für Hämatologie, Onkologie und Tumorummunologie, Charité Universitätsmedizin, Berlin</p>
	<p>„Vision Zero – oder: Jeder Krebstote ist einer zu viel“ Prof. Dr. med. Christof von Kalle, Professor für Klinisch-Translationale Wissenschaften, Medizinischer Leiter des Berlin Institute of Health (BIH) und Charité Universitätsmedizin, Berlin</p>
	<p>„Personalisierte Therapie des Lungenkarzinoms – Wo stehen wir? Wo müssen wir hin?“ Dr. rer. nat. Iris Watermann, Airway Research Center North (ARCN), German Center for Lung Research (DZL), Großhansdorf Prof. Dr. med. Martin Reck, Chefarzt des Onkologischen Schwerpunkts an der LungenClinic, Großhansdorf</p>
	<p>„Individualisierte Diagnostik und Therapie des Mammakarzinoms: Hoffnung oder Realität“ PD Dr. med. Rachel Würstlein, Prof. Dr. med. Nadia Harbeck, Brustzentrum, Klinik und Poliklinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe und CCC München, Klinikum der Universität München</p>
	<p>„Wie soll die Translation in der Hämatologie und Onkologie organisiert werden?“ Prof. Dr. med. Stephan Schmitz, Geschäftsführender Gesellschafter des MVZ für Hämatologie und Onkologie in Köln, Onkologischer Sprecher des „Deutsches Onkologie Netzwerks (DON)“, Ehemaliger Vorsitzender Berufsverband Niedergelassener Hämatologen und Onkologen (BNHO)</p>

Heft 22 Oktober 2020:	Versorgungsforschung – Methoden und Ziele
	„Was ist Versorgungsforschung? Definition, Versorgungsmodell, Akteure und Praxisbeispiele“ Prof. Dr. phil. Holger Pfaff, Direktor des Instituts für Medizinsociologie, Versorgungsforschung und Rehabilitationswissenschaft (IMVR) und Zentrum für Versorgungsforschung, Humanwissenschaftliche Fakultät und Medizinische Fakultät, Universität zu Köln
	„Welche Studienarten sind relevant bei der Evaluation versorgungsbezogener Interventionen?“ Prof. Dr. rer. pol. Volker Ulrich, Lehrstuhl für Volkswirtschaftslehre III, insb. Finanzwissenschaften, Universität Bayreuth
	„Partizipative Versorgungsforschung: Nicht nur über, sondern mit Patienten forschen“ PD Dr. med. Anna Levke Brütt, Department für Versorgungsforschung, Fakultät VI Medizin und Gesundheitswissenschaften, Carl von Ossietzky Universität Oldenburg
	„Evidenz und dann? Versorgungsforschung für eine wissenschaftsbasierte Versorgungspraxis“ Prof. Dr. h.c. Herbert Rebscher, Institut für Gesundheitsökonomie und Versorgungsforschung, Professor für Gesundheitsökonomie und -politik Rechts- und wirtschaftswissenschaftliche Fakultät der Universität Bayreuth

Heft 23 April 2021:	Versorgungsforschung – von der Theorie zur Praxis
	„Die künftige Rolle der Digitalisierung in der Versorgungsforschung“ Prof. Dr. rer. pol. Wolfgang Greiner, Lehrstuhl für Gesundheitsökonomie und -Management, Dr. rer. pol. Julian Witte, Universität Bielefeld
	„Suizidprävention und -assistenz: Das BVG-Urteil zur Suizidassistenz und die Versorgungslage“ Prof. Dr. med Ulrich Hegerl, Johann Christian Senckenberg Distinguished Professorship, Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik, Psychotherapie, Johann Wolfgang Goethe-Universität Frankfurt am Main Vorstandsvorsitzender Deutsche Depressionshilfe, Leipzig
	„Versorgungsforschung bei fortgeschrittener Herzinsuffizienz – Potentiale der Telemedizin“ Prof. Dr. med. Friedrich Köhler, Leiter des Charité- Zentrums für Kardiovaskuläre Telemedizin, Charité-Universitätsmedizin Berlin Dipl. Soz. tech. Sandra Prescher, wissenschaftliche Mitarbeiterin, Charité-Universitätsmedizin Berlin
	„Versorgungsforschung bei Diabetes: Welche Bedürfnisse und Wünsche haben Patienten?“ Prof. Dr. med. Monika Kellerer, Ärztliche Direktorin der Klinik für Innere Medizin I, Marienhospital Stuttgart, Präsidentin der Deutschen Diabetes Gesellschaft (DDG)
	„Versorgungsforschung in der Onkologie – große Herausforderungen, neue Möglichkeiten“ Prof. Dr. med. Wolfgang Hoffmann, Direktor des Instituts für Community Medicine Prof. Dr med. Neeltje van den Berg, Abteilung Versorgungsepidemiologie und Community Health, Universitätsmedizin Greifswald
	„Pflege von morgen: Der vermeintliche Care-Mix zwischen Mensch und Pflege-Roboter“ Prof. Dr. rer. pol. Jürgen Zerth, Professor für Wirtschaftswissenschaften, insbesondere Gesundheitsökonomie Leiter des Forschungsinstituts IDC, Wilhelm Löhe Hochschule Fürth

<p>Heft 24: Oktober 2021</p>	<p>Umwelt, Ökonomie, Gesundheit: Resilienz statt Reparatur</p>
	<p>„Globale Krisen: Gibt es Strategien für Ökonomie, Umwelt und Gesundheit?“ Prof. Dr. rer. pol. h.c. Herbert Rebscher Institut für Gesundheitsökonomie und Versorgungsforschung, Professor für Gesundheitsökonomie und -politik Rechts- und wirtschaftswissenschaftliche Fakultät der Universität Bayreuth</p> <p>„Finanzkrise: Erwartbar? Beherrschbar? Die ökonomischen Konsequenzen“ Dr. Gerhard Schick, Diplom Volkswirt, Geschäftsführer Michael Peters, Diplom-Volkswirt, Referent Finanzmärkte, Finanzwende Recherche gGmbH</p> <p>„Umwelt - Klima - Energie: Neue Politik erforderlich?“ Prof. Dr. Dr. h. c. Ernst Ulrich von Weizsäcker, Honorarprofessor Universität Freiburg, Ehrenpräsident des Club of Rome</p> <p>„Neuausrichtung des Gesundheitssystems: Fit für die Zukunft!“ Dr. med. Dr. rer. nat. Klaus Piwernetz, Medimax Health Management GmbH, München Prof. Dr. med. Dr. h.c. Edmund A. M. Neugebauer, Präsident Medizinische Hochschule Theodor Fontane Brandenburg, Neuruppin</p> <p>„Ist Ungleichheit ein Treiber von Krisen und sind Krisen ein Treiber von Ungleichheit“ Prof. Dr. Miriam Rehm, PhD Juniorprofessorin für Sozioökonomie Schwerpunkt Empirische Ungleichheitsforschung Institut für Sozioökonomie, Universität Duisburg/Essen</p> <p>„Drei Krisen des Wirtschaftens- und die Ökonomisierung des Gesundheitswesens“ Prof. Dr. rer. pol. Bernhard Emunds, Leiter des Oswald von Nell-Breuning Instituts für Wirtschafts- und Gesellschaftsethik der Phil.-Theol. Hochschule St. Georgen, Frankfurt am Main</p>

<p>Heft 25 April 2022:</p>	<p>Resilientes Gesundheitswesen: Lernen wir aus der Pandemie?</p>
	<p>„Krisenmanagement: Regionale Kompetenzen, nationale Koordination, globale Verantwortung“ Prof. Dr. med. habil. Dr. phil. Dr. theol. h.c. Eckhard Nagel, Geschäftsführender Direktor des Instituts für Medizinmanagement und Gesundheitswissenschaften, Dr. rer. pol. Michael Lauerer, Dennis Henzler M. Sc. Universität Bayreuth</p> <p>„Bedeutung des ÖGD im Gesundheitswesen – aktuelle Situation und Zukunftsperspektiven“ Dr. med. Ute Teichert, Vorsitzende des Bundesverbands der Ärztinnen und Ärzte im Öffentlichen Gesundheitsdienst (BVÖGD), Düsseldorf Leiterin der Abteilung 6 Gesundheitsschutz, Gesundheitssicherheit, Nachhaltigkeit im Bundesministerium für Gesundheit, Berlin</p> <p>„Krisenerkennung und -Management durch digitale Unterstützungsprozesse“ Prof. Dr. med. Guido Noelle, Geschäftsführer der gevko GmbH, Bonn/Berlin Fachbereich Informatik, Fachhochschule Bonn-Rhein-Sieg, Sankt Augustin</p> <p>„Versicherungsleistungen versus Öffentliche Ausgaben – Finanzierungskonsequenzen“ Prof. Dr. rer. pol. Volker Ulrich, Lehrstuhl für Volkswirtschaftslehre III, insb. Finanzwissenschaften, Universität Bayreuth</p> <p>„Strukturen, Aufgaben und Prozesse eines krisenresilienten Gesundheitssystems“ Andreas Storm, Vorstandsvorsitzender der DAK-Gesundheit</p>

Heft 26 Januar 2023	Forschungsförderung: Transparente Strukturen gesucht
	„Forschungsförderung in Deutschland – Status quo und zukünftige Herausforderungen aus Sicht der AWMF“ Prof. Dr. med. Rolf-Detlef Treede, Medizinische Fakultät Mannheim der Universität Heidelberg, Präsident der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften
	„Medizinische Forschung: hoher Finanzierungsbedarf bei hohem Risiko – wie können die Rahmenbedingungen für die Bereitstellung von öffentlichem und privatem Risikokapital verbessert werden?“ Prof. Dr. Thomas Schlegel, Kanzlei für Medizinrecht, Frankfurt, Professor Arzt- und Medizinrecht Fachbereich Gesundheitsökonomie, Idstein, International Pharmaeconomics & Health Economics, University of Cardiff
	„Rahmenbedingungen der Antibiotikaforschung im Spannungsfeld zwischen Politik, Krankenkassen, Pharmaindustrie und akademischer Forschung“ Prof. Dr. Rolf Müller Direktor des Helmholtz-Instituts für Pharmazeutische Forschung Saarland (HIPS), Prof. für Pharmazeutische Biologie Universität des Saarlandes, Saarbrücken
	„Forschungsförderung im Wandel – Grundlage für erfolgreiche medizinische Translation?“ Dr. Verena Heise Freelance Open Science Consultant, Gladbeck, Visiting Research Fellow, QUEST Center for Responsible Research, Berlin Institute of Health at Charité-Universitätsmedizin, Berlin
	„Rechtliche Rahmenbedingungen der Forschungsförderung in der Medizin“ Prof. Dr. jur. Julian Krüper Juristische Fakultät, Lehrstuhl Öffentliches Recht, Verfassungstheorie und interdisziplinäre Rechtsforschung Ruhr-Universität Bochum

Heft 27 Juni 2023	Medizinforschung: Koordination und Kooperation gefragt
	„Arzneimittelentwicklung: Geht es ohne die forschende Pharmaindustrie?“ Dr. Thorsten Ruppert Senior Manager für Forschung, Entwicklung und Innovation beim Verband Forschender Arzneimittelhersteller e.V.
	„Von der Forschung in die Versorgung: Welche Förderstrategien verbessern die Translation?“ Prof. Dr. Christof von Kalle, BIH-Chair für Klinisch-Translationale Wissenschaften und Direktor des Clinical Study Center von Charité und BIH; Dr. Julia Löffler, klinisch-wissenschaftliche Referentin am Clinical Study Center; Petya Zyumbileva, wissenschaftliche Mitarbeiterin am Clinical Study Center
	„Wenn der Staat Medizinforschung finanziert – welche ökonomischen Konsequenzen hat das?“ Dr. Jasmina Kirchhoff Institut der Deutschen Wirtschaft e.V.
	„Deutschlands Beitrag zur klinischen Forschung: Forschungskultur und politischer Gestaltungswille“ Prof. Dr. Ulrike Köhl, Direktorin des Instituts für Klinische Immunologie, Universitätsklinikum Leipzig, Leiterin des Fraunhofer-Instituts für Zelltherapie und Immunologie, Leipzig Andrea Quaiser, Fachreferentin für Immunonkologie am Fraunhofer-Institut für Zelltherapie und Immunologie, Leipzig

Geld und Gesundheit – Patientennutzen zählt

Neue Versorgungsmodelle im Fokus: Quo vadis, Patientenwohl?

VON GABY ULRICH

Orientieren sich neue Versorgungsmodelle im deutschen Gesundheitssystem vorrangig am Nutzen der Patienten oder dienen diese vielmehr dem finanziellen Vorteil der Investoren? Wird das Prinzip „Geld folgt der Leistung“ umgesetzt oder doch eher das gegenteilige Prinzip „Leistung folgt dem Geld“ praktiziert? Wird der Wille der Patienten bei den aktuell diskutierten Reformmaßnahmen angemessen berücksichtigt? Das 28. Frankfurter Forum (Frühjahrsforum) am 28. und 29. April 2023 in Fulda diskutierte zentrale Grundsatzfragen zum Jahresthema 2023 „Patientenwohl versus Finanzinteressen“.

Sowohl die Versorgungs- als auch die damit verbundenen Geschäftsmodelle müssen auf einen „bunten Strauß“ an Versorgungs- und Finanzierungsfragen reagieren und eine Antwort auf den Fragenkomplex finden: „Wer-kann-wen-künftig-wie-und-wo-versorgen?“ Zum einen erzwingen der demografische Wandel – die geburtenschwächsten Jahrgänge im aktiven Berufsleben werden auf die geburtenstärksten Jahrgänge (Babyboomer) im Rentenalter treffen – und der damit einhergehende Fachkräftemangel neue Organisationsmodelle in der Patientenversorgung. Zum anderen braucht es nachhaltige Strukturen, welche die vorhandenen finanziellen Ressourcen optimal einsetzen.

Auch wenn der Gesetzgeber das Defizit von etwa 17 Milliarden Euro in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) durch ein Maßnahmenbündel im Jahr 2023 gedeckt hat, droht im Jahr 2024 bereits das nächste Defizit von bis zu 7 Milliarden Euro. Da bisher konkrete Sparmaßnahmen oder Anreizverbesserungen auf der Leistungsseite ausgeschlossen und zugleich die Möglichkeiten der Erhöhung des Zusatzbeitrags oder des Steuerzuschusses zur GKV begrenzt sind, stellt die Finanzierungsreform eine große

Herausforderung dar. Das den Diskurs überlagernde Meta-Thema waren die von Bundesgesundheitsminister (BGM) Karl Lauterbach und der „Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung“ kommunizierten Vorschläge zur Krankenhausstrukturreform.

Top-down-Reformen nicht mehr zielführend

Die Diskussion zeigte deutliche Kritik der Teilnehmenden an der beabsichtigten Krankenhausreform: Die Notwendigkeit für eine Strukturreform im stationären Sektor ist unstrittig, allerdings wurde bemängelt, dass die Fragestellung zu eng auf die geplanten Versorgungsstufen von der wohnortnahen Versorgung bis zur Universitätsmedizin (Level) fokussiert, für die es keine Mehrheit bei den Bundesländern gibt.

Für die Höhe der neben den Fallpauschalen (DRG) neu hinzukommenden Vorhaltebudgets (inklusive Pflegebudget) ist eine bedarfsgerechte Zuweisung der Leistungsgruppen an die Krankenhäuser durch das jeweilige Bundesland vorgesehen. Nach einer Übergangsphase sollen die Betriebskosten zu 60 Prozent über Vorhaltepauschalen und zu 40 Prozent über diagnosebezogene Fallpauschalen finanziert werden. Über die weitgehend Top-down ohne Einbeziehung der Länder entwickelten Vorschläge wird seit Bekanntgabe kontrovers diskutiert. Die Teilnehmenden äußerten skeptisch, dass am Ende statt der angekündigten „Revolution“ mit einer Reform aus einem Guss lediglich ein Impuls für eine Vergütungsreform übrigbleiben könnte.

Darüber hinaus gab es in der Diskussion die Anregung, dass die Politik den Pfad der nicht mehr zielführenden (Top-down) Strukturreform verlassen und über kluge Prozessre-

formen geeignete Rahmenbedingungen für eine sektorenübergreifende Versorgung initiieren sollte. Einigkeit herrschte darüber, dass eine Änderung der Vergütungsstrukturen als Mischform aus fallmengenbezogener Vergütung (G-DRG) zusammen mit Pflege- und Vorhaltepauschalen die bestehenden Geschäftsmodelle stark beeinflussen wird.

Der Herausforderung durch die demografische Entwicklung hinsichtlich Versorgungs- und Finanzierungsfragen kann über den Ausbau digitaler Strukturen gegengesteuert werden. Neue Plattformen über Cloud-Infrastrukturen und Schnittstellenmanagement können unter Beachtung von Datenschutz und Datensicherheit personelle und finanzielle Ressourcen besser nutzen und so Effizienzpotenziale heben. Damit kann die Kommunikation zwischen den Beteiligten schneller und unkomplizierter werden und den Versorgungsalltag erleichtern. Durch Prozessverschlinkung über den interoperablen Austausch einzelner agierender Systeme hinaus bietet sich auch für kleinere Krankenhaus-einheiten eine Chance, Qualitätsgewinne für Patienten und Ärzte/Pflegepersonal zu erreichen, um im Wettbewerb auf dem stationären Sektor zu bestehen.

Eine konträre Einschätzung dazu kam aus ärztlicher Erfahrung, nämlich dass der Umstieg auf ein anderes Praxissystem sehr problematisch sei; verwiesen wurde auf die systemübergreifende elektronische Übermittlung einer Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung an Krankenkassen. Die Nachfrage der Teilnehmenden zu Langfrist- und Patientenperspektive, beispielsweise wie viele Arztbesuche mit digitalen Tools oder mit der Verlagerung der Versorgung zu Home Health in den Wohnbereich des Patienten eingespart werden können, musste aufgrund fehlender Evidenz unbeantwortet bleiben.

Mit einer doppelten Knappheit sehen sich auch die Sozialunternehmen im vorsorgenden und nachsorgenden Medizinbetrieb konfrontiert: Fehlende Pflegefachkräfte treffen auf eine Unterfinanzierung, die sich kurz- und mittelfristig auch mit kapitalgedeckter Pflegefinanzierung nicht lösen lässt. Die unentgeltliche Arbeit der überwiegend weiblichen Familienpflegenden wird in dieser Public-Private-Partnership bisher nicht berücksichtigt. Völlig unberücksichtigt bleibt auch, dass in Umfragen die Bereitschaft der Studierenden zur Pflege gegen Null tendiert und für die Zukunft ein anderer Care-Mix im komplexen sozio-technischen System zwischen informell und formal Pflegenden gefunden werden muss.

Dahingehend kritisch gesehen wurde die Kurzfristperspektive der von BGM Karl Lauterbach im Frühjahr 2023 auf den Weg gebrachten Pflegereform, die ausklammert, dass die bisher konzipierten Finanzierungstöpfe für die angedachten Organisationsmodelle nicht ausreichen, da sie die informelle Familienpflege nicht berücksichtigen. Zur kurzfristigen Entlastung der Pflegekräfte könnte ein konsequenter Einsatz bereits vorliegender digitaler Anwendungen beitragen; dagegen spricht derzeit allerdings noch fehlendes Wissen zur Umsetzung in der Leistungserstellung.

Quasi-Märkte der Sozialwirtschaft

Aufhänger für die Diskussion war die Insolvenz des stationären Pflegeanbieters Convivo im Januar 2023, der mit neuen Geschäftsideen über die traditionelle stationäre Pflege hinaus im Bereich ambulanter Pflege, Tagespflege und betreute Wohnformen tätig war. Auf den „Quasi-Märkten“ der Sozialwirtschaft greifen staatliche Stellen in die Nachfrage und die Preisbildung ein, um ein politisch ge-

wünschtes Wohlfahrtsziel zu erreichen. Der Pflegemarkt ist volkswirtschaftlich sehr attraktiv: für das Jahr 2021 wurden 24 Milliarden Euro für stationäre Pflege und 21,5 Milliarden Euro für ambulante Pflege nach SGB XI abgerechnet. Die Wirtschaftlichkeitsziele orientieren sich in der stationären Altenhilfe am Kostendeckungsprinzip bei einer Zielvorgabe für die Belegung in Höhe von 95 Prozent, woraus sich für die Träger ein permanenter wirtschaftlicher Druck zur Bettenbelegung ergibt.

Die diskutierten Geschäftsmodelle zeigen dabei zwei Richtungen, um über die Beeinflussung der Kostenentwicklung die Rentabilität zu erhöhen: Konzentrationsdruck über Economies of Scale und Verbundeffekte über Economies of Scope. Beide Geschäftsmodelle streben eine Kostendegression an, entweder über Größenwachstum oder durch die Konzentration auf schmalere Wertschöpfungsketten. Empirische Untersuchungen zeigen, dass im Pflegebereich aus der Finanzierungsform keine Aussage über die Behandlungsqualität abgeleitet werden kann. Bei der angestrebten Optimierung der drei Erlösgrößen (Zuschüsse für Pflegeleistungen, duale Finanzierung bei Pflegesatzverhandlungen und Investitionskosten) müssen bundesweite Anbieter die landesspezifischen Regelungen zu Investitionskosten im föderalen System einkalkulieren.

Um den gesellschaftlichen Wert der Gesundheitsversorgung zu erfassen und Aufmerksamkeit für den finanziellen Wert der informellen Pflege zu schaffen, wurde in der Diskussion vorgeschlagen, in einer Bottom-up Strategie den Social Return on Investments als Wertbeitrag in einer sozialen Lebenslaufperspektive zu errechnen. Problemverschärfend zeigen neuere Studien, dass pflegende Angehörige ein höheres Risiko haben, an Demenz zu erkranken und selbst zum Pflegefall zu werden, mit dem Ergebnis, dass „wir schon die nächste Pflegeherausforderung produzieren“. Mehr als 70 Prozent der Pflegebedürftigen werden durch informelle Pflege zu Hause versorgt (VdK-Pflegestudie 2021), auch über den sogenannten Grauen Markt mit 150.000 bis 300.000 Pflegenden aus dem Ausland.

Aus dem Kreis der Teilnehmenden kam die Information, dass der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen in seinem Gutachten 2023 „Resilienz im Gesundheitswesen. Wege zur Bewältigung künftiger Krisen“ eine wissenschaftliche Datenbasis zu den Pflegekräften veröffentlicht: es gibt circa 1,2 Millionen Pflegekräfte in Deutschland, darunter 450.000 in Kranken-

häusern und etwa 650.000 in Pflegeeinrichtungen. Im internationalen Vergleich gibt es in Deutschland nicht zu wenig ärztliches und pflegerisches Personal, sondern das Personal würde auf zu viele Einrichtungen und über zu viele Behandlungsfälle fehlgeleitet.

Studien zeigen, dass die stationäre Form der Kurzzeitpflege zu über 60 Prozent von Patientinnen und Patienten genutzt wird, die aus Krankenhäusern entlassen wurden und aus medizinischer oder sozialer Bedarfslage nicht in das häusliche Umfeld zurückkehren konnten. Häuser mit stationärer Pflege seien quantitativ und qualitativ überfordert, wenn sie „blutige“ Entlassungen versorgen müssen, z. B. mit künstlicher Beatmung. Umgekehrt bedarf es im Krankenhaus eines anderen Handlings von pflegesensitiven Einweisungen aus Pflegeheimen aufgrund des Pflegenotstands. Deshalb wurde gefordert, dass die diskutierte Krankenhausreform die Pflegefrage nicht ausklammern, sondern die Struktur zu einer langfristigen Verbesserung und Verzahnung der Systeme in die Wege leiten sollte.

Krankenhausstrukturreform: fehlende sektorübergreifende Perspektive

Verfassungsrechtlich bestehen für die Organisationform und die Strukturen des Gesundheitswesens große Gestaltungsmöglichkeiten für den Gesetzgeber, die von einem staatlich verwalteten Gesundheitsdienst bis zur privaten Leistungserbringung mit gleichfalls zu schützenden Grundrechten reichen. Nicht verfassungsrechtlich vorgegeben, sondern eine politische Entscheidung sind beispielsweise Rechtsform und Bestandsschutz der Krankenkassen. Der gewählte Rahmen für die Gesundheitsversorgung soll die gesellschaftlichen Ziele der angestrebten medizinischen Versorgung der Bevölkerung widerspiegeln, die als Regelversorgung jedem Versicherten bedarfsorientiert und unabhängig von seiner individuellen Leistungsfähigkeit unter Einhaltung des Effizienzpostulats zugänglich ist.

Sollte dem Bund die Kompetenz für die Krankenhausplanung sowie darüber hinaus die weitere Ausgestaltung der sektorenübergreifenden Versorgung übertragen werden, ist eine Verfassungsänderung notwendig, denn die Krankenhausplanung fällt in die Gesetzgebungskompetenz der Länderparlamente. Dennoch wurde es in der Diskussion als „Geburtsfehler“ angesehen, die Krankenhausreform vor allem auf die Krankenhausperspektive zu fokussieren, ohne Aspekte der sektorübergreifenden Versorgung oder der Ambulantisierung zu berücksichtigen. Als taktischer

Schachzug wurde die rasche Kommunikation der Vorschläge in die Öffentlichkeit interpretiert, um Druck auf die Länderregierungen zur Erfüllung der Investitionsverpflichtungen aufzubauen. Nicht nur positiv wurde die vom nordrhein-westfälischen Gesundheitsminister Karl-Josef Laumann initiierte Krankenhausreform gesehen, die nur den Teilbereich Krankenhausplanung und damit vor allem die Personalplanung im Blick hat und keine Verknüpfung zu einer langfristig tragfähigen Vergütungsreform herstellt.

Ohne Reform wird es zu einer kalten Strukturbereinigung kommen, da nach dem aktuellen Krankenhaus Rating Report 2023 elf Prozent der Kliniken insolvenzgefährdet sind und ein Drittel rote Zahlen schreibt. Konsens herrschte zum einen darüber, dass über eine Reform der Krankenhausstruktur das aktuelle Überangebot an Häusern und Betten (1.887 Häuser, 484.000 Betten und rund 16 Millionen jährliche DRG-Fälle, Stand 2021) bereinigt und das medizinische/pflegerische Fachpersonal und die finanziellen Ressourcen in effiziente Strukturen für eine moderne bedarfsgerechte Krankenhausversorgung gelenkt werden sollten.

Einig war man sich auch, dass Krankenhäuser gerade wegen des Ziels einer flächendeckend qualitativ hochwertigen stationären Versorgung nicht ungeordnet aufgrund wirtschaftlicher Schiefelage oder Personalknappheit geschlossen werden sollten. Erschwerend kommt hinzu, dass im Transformationsprozess während der Übergangsphase zunächst höhere Finanzmittel erforderlich sein werden, bevor die Einsparungen aus neuen Behandlungsformen erkennbar werden und somit Widerstand von Trägern und aus den Bundesländern zu erwarten ist.

BGM Karl Lauterbach plädiert dafür, dass nicht die Ökonomie, sondern die Patienten wieder im Mittelpunkt stehen müssen. Die intendierte Entökonomisierung von Krankenhausleistungen forderte in der Diskussion Kritik heraus, da die Finanzierung über Fallpauschalen grundsätzlich zu ökonomischem Handeln anregt und Transparenz über das Leistungsgeschehen herstellt. Es herrschte Übereinstimmung, dass der Mengenbezug bei der Finanzierung nicht aufgelöst, sondern durch die Vorhaltevergütung ergänzt werden sollte. Zudem würde das in der öffentlichen Debatte negativ belegte Fallpauschalen-System auch für Probleme verantwortlich gemacht, die andere Ursachen haben, wie z. B. die fehlenden Investitionen durch die Bundesländer, die in der Diskussion über die Vergütung ausgeblendet werden. Es gab aber auch Skepsis gegenüber

der geplanten Vorhaltefinanzierung: Es könne nicht funktionieren, wenn das bereits komplizierte DRG-System durch eine zusätzliche Abrechnungsform noch komplexer werde und so zwar das intendierte Ziel, den Mengenbezug zu lösen, erfüllt, aber das Ziel der Vereinfachung konterkariert werde.

Ganz allgemein wurde ein Vertrauensverlust in das System der sozialen Sicherung durch überlagernde oder sogar dominante ökonomische Interessen der Leistungserbringer beklagt. Ärztliche Stimmen aus dem Kreis der Teilnehmenden gaben zu bedenken, dass auch niedergelassene Ärzte in Einzel- oder Gemeinschaftspraxen bestimmter Fachrichtungen zu einer einseitigen wirtschaftlich orientierten Patientenbehandlung neigen würden (z. B. keine Behandlung ohne das Akzeptieren von IGeL-Leistungen). Von ärztlicher Seite wurde das Menschenbild im Gesundheitswesen und die negative Wirkung des belastenden Klinikalltags auf Medizinstudierende angesprochen und gefordert, dass am Ende des Reformprozesses ein System stehen sollte, das die Attraktivität des Arbeitens im Krankenhaus fördert und der Knappheit des medizinischen Personals entgegenwirkt. Ärzte und Pflegekräfte sollten sich auf ihre Kernkompetenz konzentrieren können und weniger Arbeitszeit auf das Vergütungssystem verwenden müssen.

Ambulantisierungspotenzial: Chancen verstärkt ausschöpfen

Das in der gesundheitspolitischen Debatte formulierte Ziel nach einer stärkeren Ambulantisierung wurde am Beispiel des IGES-Gutachtens zu der substanziellen Ausweitung der Leistungen im AOP-Katalog (IGES Institut 2022) diskutiert. An der Schnittstelle von ambulanter und stationärer Versorgung bietet der gesetzliche Rahmen sowohl den Krankenhäusern als auch den ambulanten Leistungserbringern ambulante Operationsmöglichkeiten. Nach Daten des Statistischen Bundesamtes für das Jahr 2021 stehen im Krankenhaussektor 21 Millionen ambulant versorgten Fällen und 10 Millionen ambulant versorgten Akut-/Notfällen etwa 17 Millionen stationäre Fälle gegenüber, die mit 4 Milliarden Euro einen wichtigen Finanzierungsbeitrag leisten.

Im internationalen Vergleich deuten verschiedene Indikatoren auf ein ungenutztes Ambulantisierungspotenzial hin: die Zahl der Eintagesfälle, der Kurzliegeranteil von fast 47 Prozent, eine 40 Prozent höhere Krankenhausäu-

figkeit im EU-Vergleich und die Anzahl der ambulant sensitiven Diagnosen, die stationär behandelt werden. Am stärksten zeigt sich die Ambulantisierung bei der Augenhilfkunde, die sich mit einem Anteil von 83 Prozent auf international vergleichbarem Niveau bewegt. Berechnungen zeigen, dass rund 4 Millionen stationäre Behandlungsleistungen (20 Prozent) im ambulanten Bereich erbracht werden könnten. Skepsis wurde in der Diskussion zur Höhe der berechneten Fallzahlen geäußert, denn die international geringere Verfügbarkeit von Krankenhausbetten oder eine besser ausgebaute Struktur der ambulanten Versorgung im vor- oder nachsorgenden Sektor, z. B. über Gemeindefachschwern, fand in der Modellierung keine Berücksichtigung.

Die höheren stationären Fallzahlen hängen auch mit Vergütungsunterschieden zusammen, da im stationären Sektor höher vergütet wird als im ambulanten Sektor. Eine Stärkung des ambulanten Sektors sollte mit einer einheitlichen Vergütung unabhängig vom Ort der Leistungserbringung einhergehen, die eine Ausdifferenzierung der Vergütungskomponenten für ärztliche und nicht ärztliche Leistung je nach Schwere- und Aufwandsgrad nach Patientenmerkmalen zulässt. Das IGES-Gutachten schlägt daher vor, in einem definierten Prüfschema die Zahl der AOP-Leistungen um 2.500 OPS-Positionen über das gesamte Leistungsspektrum zu erweitern.

Ergibt die ex ante durchgeführte Kontextprüfung eindeutig eine Empfehlung für eine stationäre Behandlung, ist keine weitere Begründung für einen stationären Aufenthalt notwendig. In einem Zwischenbereich, der sowohl Kennzeichen für eine ambulante wie auch stationäre Behandlung, z. B. nach dem Frailty-Index, psychosozialer Mitversorgung oder bei multimorbiden Patienten aufweist, kann eine höhere Vergütung aufgrund eines erhöhten Schweregrads zutreffen. Simulationen durch das BARMER Institut für Gesundheitssystemforschung (bifg) kamen für diese Erweiterung der AOP-Leistungen unter Beachtung der Kontextprüfung auf ein Ambulantisierungspotenzial von 22 Prozent, wobei der Umsatzanteil geringer ausfällt, da überwiegend Fälle mit geringeren Fallwerten betroffen sind.

Die Umsetzung der Vorschläge durch die Selbstverwaltung führte zu einer Erweiterung des AOP-Katalogs um 208 OPS mit einem stationären Anteil von 2,6 Prozent. Die sektoreinheitliche Vergütung geht vom EBM aus und sieht Vergütungsaufschläge bei Kontextprüfung und Schweregraddifferenzierung vor. Da sich der GKV-Spitzen-

verband, die Deutsche Krankenhausgesellschaft und die Kassenärztliche Bundesvereinigung bis Ende März 2023 über die Festlegung von Hybrid-DRGs als spezielle sektorengleiche Vergütung für bisher häufig stationär erbrachte AOP-Leistungen nicht verständigen konnten, wird eine Rechtsverordnung von Seiten des BGM erwartet. Als Ergebnis wurde konstatiert, dass im Krankenhauspflegeentlastungsgesetz (KHPfIG 2022) neue Behandlungsformen wie die Tagesstationäre Behandlung und die integrierte stationäre Grundversorgung implementiert wurden, statt durch Entbürokratisierung die Abrechnungskonflikte und Kontrollmaßnahmen durch den Medizinischen Dienst zu reduzieren.

Intensiv wurden an beiden Tagen des Frühjahrsforums auch Modelle der medizinischen Versorgungszentren (MVZ) diskutiert, die sich zwar auf dem Vormarsch befinden, deren Anteil in der ambulanten Versorgungsrealität allerdings noch gering ist. Im Jahr 2021 waren 4.179 MVZ zugelassen, dabei sind die investorenfinanzierten medizinischen Versorgungszentren (iMVZ) mit 1,4-2 Prozent Beschäftigte über alle ärztlichen Fachbereiche zahlenmäßig nicht dominant. Stark vertreten sind die iMVZ im Laborbereich mit gut 82 Prozent. Am Beispiel der im Ruhrgebiet agierenden Unternehmensgruppe VALEARA wurde ein Konzept psychosozialer Versorgung vorgestellt, das in wenig attraktiven städtischen Gebieten Menschen mit Migrationshintergrund in MVZ, Tageskliniken und Psychiatrischen Institutsambulanzen sektorenübergreifend in ihrer Muttersprache behandelt.

Patienten stimmen zunehmend mit den Füßen ab

So sind durch höhere Investitionen, die eine Einzelpraxis vor dem Hintergrund einer anstehenden altersbedingten Übergabe nicht leisten kann, und strukturelle Optimierung eine Steigerung des Patientenwohls durch kürzere Wartezeiten oder eine Verbesserung der Behandlungsqualität in MVZ möglich. Auch die Patienten stimmen zunehmend mit den Füßen ab: sie entscheiden sich für eine gut erreichbare Praxis mit Parkplätzen, mit einer umfassenden Versorgung über Diagnostik bis Therapie aus einer Hand, die dem Stand des technischen Fortschritts entspricht und in der sie von gut ausgebildetem medizinischem Personal über lange Öffnungszeiten behandelt werden. Weiterhin lässt sich mit der Vereinheitlichung von Praxissoftware durch Spezialisten der Personalknappheit in der ambulanten Versorgung begegnen und die Behandlungsqualität erhöhen.

Denn auch bei den ambulant tätigen Medizinern zeigt sich eine strukturelle Verschiebung der Betätigung: nur noch knapp 40 Prozent üben ihren Beruf in einer Einzelpraxis und etwa 30 Prozent in einer Berufsausübungsgemeinschaft aus, der Anteil der angestellten Ärzte von derzeit gut 30 Prozent nimmt stetig zu und das Arbeitszeitvolumen insgesamt ab. Das mit einer freiberuflichen Tätigkeit einhergehende Investitionsrisiko inklusive des Risikos des Scheiterns der Praxis wird gegen die Zahlung eines festen Gehalts mit flexiblen Arbeitszeiten getauscht. Außerdem können die angestellten Ärzte zwischen ländlicher und städtischer Tätigkeit rotieren. Gerade diese Rotation führte zu Kritik aus der Runde der Teilnehmenden: durch die Vielzahl von angestellten Ärzten komme es zu wechselnden Ansprechpartnern und fehlender Kontinuität für die Patienten.

Blick auf Honorarzahungen reicht nicht

Es gibt aktuell keine Evidenz für die These, durch ein MVZ würden medizinisch nicht indizierte Leistungen abgerechnet werden, obwohl Daten zu Honorarabrechnungen zeigen, dass durch Investoren betriebene MVZ ein um gut 10 Prozent höheres Honorarvolumen als eine vergleichbare Einzelpraxis erreichen; ein noch höheres Volumen mit einem Plus von über 12 Prozent erreichen die von Vertragsärzten betriebenen MVZ. Diese Berechnung nur über Honorarzahungen wurde kritisch gesehen, da eine mangelnde Versorgungslage mit Fachärzten oder andere Variablen vor MVZ-Gründung durch Vertragsärzte für das Honorarplus ausschlaggebend sein kann. Auch könnte die angestrebte Kostenoptimierung nicht nur durch Skaleneffekte, sondern durch Arbeitszeitverdichtung auf dem Rücken der Mediziner ausgetragen werden.

Die Frage, ob die Eigentumsstruktur einen systematischen Einfluss auf die Qualität der erbrachten medizinischen Leistungen und das Patientenwohl hat, konnte aufgrund fehlender vergleichender Daten nicht beantwortet werden. In der Diskussion wurde betont, dass die Qualität der medizinischen Leistung durch den Arzt und die Art der Abrechnung dieser Leistung voneinander zu trennen sind. Um eine größere Akzeptanz für Investorenmodelle in der Öffentlichkeit zu schaffen und die Diskussion auf eine wissenschaftliche Basis zu stellen, sollten Qualitätskriterien geschaffen werden und langfristig (Register-)Daten über alle Praxis- und Eigentümerstrukturen erfasst werden. Auch wenn sich die Teilnehmenden einig waren, dass es grund-

sätzlich keine Rolle spielt, wie ein MVZ finanziert wird, ließen sich sehr wohl Ängste erkennen, dass Geld von privaten Kapitalgebern „doch stinkt“ und als schlechter angesehen wird als die Finanzierung einer Einzelpraxis/Praxisgemeinschaft durch Privatpersonen. Es besteht die Befürchtung, dass die zur Erfüllung der Renditevorstellungen entnommenen Überschüsse dem solidarisch finanzierten Gesundheitssystem für eine gute medizinische Versorgung fehlen.

Die Bundesärztekammer forderte im Januar 2023 in einem Positionspapier Regulierungen für den Betrieb von MVZ. Auch in der Diskussion unter den Teilnehmenden herrschte Konsens, dass durch kluge Regulierung Transparenz über die Eigentümer des iMVZ und die Unabhängigkeit der ärztlichen Entscheidung über die medizinische Versorgung erreicht werden sollte. Kontrovers wurde allerdings die Forderung zum fachlichen und örtlichen Bezug (z. B. 50 km) des Betriebs eines Krankenhauses durch das MVZ diskutiert.

Es gab skeptische Stimmen, dass durch Einführung eines Verbots die gewünschte Katalysatorwirkung für den dringend benötigten Strukturwandel im deutschen Gesundheitswesen ausbleibe. Generell als inkonsistent wurde die bestehende Regelung angesehen, dass ein Investor für die Partizipation an der ambulanten Versorgung zunächst Träger eines (insolventen) Krankenhauses werden muss. Gesucht ist daher eine kluge Regulierung über eine Wettbewerbsordnung, welche überzogene Renditeerwartungen begrenzt, Rosinenpicken verhindert und iMVZ in die sich wandelnden sektorenübergreifenden Versorgungsstrukturen zur Steigerung des Patientenwohls einbettet.

Unter juristischen Aspekten ist ein grundsätzliches Verbot von iMVZ kaum darstellbar: Verfassungsrechtlicher Maßstab für einen künftigen Ausschluss von Finanzinvestoren an der Trägerschaft von MVZ ist das Grundrecht der Berufsfreiheit in Art. 12 Grundgesetz. Dennoch gestattet das Bundesverfassungsgericht dem Gesetzgeber regulatorische Eingriffe bei vorliegender Gefahr für Gemeinwohlziele, die durch ein Verbot geschützt werden sollen. Ein Verweigerungsgrund könnte die Entstehung eines regionalen Versorgungsmonopols sein oder wenn sich die Schädlichkeit von iMVZ gegenüber anderen Eigentümerstrukturen zeigt, wogegen allerdings der Betrieb von investorenfinanzierten Krankenhäusern spricht. Ob unabhängig vom Ort eines übernommenen Krankenhauses ein MVZ betrieben werden kann, ist verfassungsrechtlich noch zu klären.

Die kritische Haltung gegenüber den Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen), ihren Gestaltungsanspruch nicht zu nutzen und keine konstruktive Hilfe für den Erhalt der Einzelpraxis als Geschäftsmodell für die Zukunft zu leisten, wurde nicht von allen Teilnehmenden geteilt. Dagegen kam der Einwand, dass die KVen als Vertragspartner für die Krankenkassen den Sicherstellungsauftrag und die Wirtschaftlichkeitsprüfung gewährleisten sollen und ihr Auftrag keinesfalls die Bevormundung der Kassenärzte bezüglich ihrer Organisationsstruktur beinhalte. Aus dem Teilnehmerkreis kam der Vorschlag, dass die Ärztinnen und Ärzte selbst in MVZ-Strukturen investieren könnten oder alternativ über die Gründung von Versicherungsgenossenschaften nachdenken sollten. Man war sich einig, dass es diese Diskussionen schon in früheren Jahren gab, ohne zu einem Ergebnis oder einer Umsetzung zu führen.

Auf dem 28. Frankfurter Forum (Frühjahrsforum) wurde ein breiter wissenschaftlicher Diskurs zwischen den Teilnehmenden aus verschiedenen Disziplinen des Gesundheitswesens zu Patientenwohl versus Finanzinteressen geführt. Es zeigte sich, dass es nicht an Reformvorschlägen

mangelt, sondern an Initiativen für eine praxisorientierte Umsetzung; Lobbygruppen verhindern Reformideen schon im Ansatz. Unabhängig vom Erfolg/Misserfolg einzelner Reformen wird das Versorgungsmodell der Zukunft durch die Begriffe patientenorientiert, integriert, regional und digital geprägt sein. Der Diskurs wird auf dem 29. Frankfurter Forum (Herbstforum) am 27. und 28. Oktober 2023 zu Praxiserfahrungen in der Versorgung mit unterschiedlichen Geschäftsmodellen vertieft.

In eigener Sache:

Mit Gründung des Frankfurter Forums hatte Dietmar Preding erfolgreich die aufwändige Organisationsarbeit übernommen und den amtierenden Vorstand bei der inhaltlichen Gestaltung der 28 Foren maßgeblich unterstützt. Er ist auf eigenen Wunsch aus dieser Funktion in den Ruhestand getreten und hat den Staffelstab an Petra Acher als neue Geschäftsführerin übergeben. Sie wurde im Vorstand des Frankfurter Forums herzlich begrüßt und aufgenommen. Der Dank an Dietmar Preding nach diesen 14 Jahren „Frankfurter Forum“ hätte herzlicher nicht sein können.

DISKUSSIONSTEILNEHMER BEIM FRANKFURTER FORUM



Petra Acher

Dr. Martin Albrecht

Dr. Jürgen Bausch

Dr. Johannes Bruns

Prof. Dr. Jörg Debatin

Prof. Dr. Eva-Susanne Dietrich

Prof. Dr. Frank-Ulrich Fricke

Dr. h.c. Jürgen Gohde

Dr. Markus Horneber

Prof. Dr. Stefan Huster

Thomas Keck

Dr. Regina Klakow-Franck

Dr. Wolfgang Matz

Prof. Dr. Catharina Maulbecker-Armstrong

Prof. Dr. h.c. Herbert Rebscher

Prof. Dr. Matthias Rose

Dr. Hubert Schindler

Prof. Dr. Andreas Schmid

Dr. Nick Schulze-Solce

Prof. Dr. Josef Schuster

Dr. Thomas Sitte

Prof. Dr. Rolf-Detlef Treede

Gaby Ulrich

Prof. Dr. Volker Ulrich

Wolfgang van den Bergh

Prof. Dr. Christof von Kalle

Prof. Dr. Jürgen Zerth

Impressum

Herausgeber:

Frankfurter Forum für gesellschafts- und gesundheitspolitische Grundsatzfragen e.V.

Geschäftsstelle Frankfurter Forum e.V.:

Petra Acher
Seedamweg 51, 61352 Bad Homburg
E-Mail: frankfurter-forum-petra-acher@t-online.de

Verlag:

Springer Medizin Verlag GmbH, Berlin
Ein Unternehmen der Fachverlagsgruppe Springer Nature

Redaktionelle Bearbeitung:

Springer Medizin Verlag GmbH, Neu-Isenburg
Dr. Florian Staeck, Wolfgang van den Bergh

Autoren:

Dr. Martin Albrecht
Prof. Dr. Jörg Debatin
Prof. Dr. Stefan Huster
Prof. Dr. Jürgen Zerth
Prof. Dr. Andreas Schmid
Gaby Ulrich

Titelbild:

© Gina Sanders / Adobe Stock

Layout / Grafik:

Annegret Stollenwerk

Druck:

Wilco B.V. Vanadiumweg 9, 3812 PX Amersfort, Niederlande

Springer Medizin

© Springer Medizin Verlag GmbH, Berlin,
Neu-Isenburg, Oktober 2023
ISSN 2190-7366



Partner

Das „Frankfurter Forum für gesellschafts- und gesundheitspolitische Grundsatzfragen e. V.“ wird seit seiner Gründung in 2008 von der Lilly Deutschland GmbH bzw. der Lilly Stiftung Deutschland in Bad Homburg als Hauptsponsor finanziert. Als neue Partner sind in 2013 die IMS HEALTH GmbH & Co. OHG in Frankfurt und die „Ärzte Zeitung“ aus dem Haus der Springer Medizin Verlagsgesellschaft mbH in Neu-Isenburg hinzugekommen. Die Sponsoren fördern mit ihrem Engagement in aktiver Verantwortung den interdisziplinären Dialog grundsätzlicher und langfristiger Fragen der Gesellschaft und der Gesundheitspolitik. Die Sponsoren nehmen keinen Einfluss auf die Auswahl und Ausarbeitung der Tagungsthemen der Forumsveranstaltungen, der Referentinnen oder Referenten, der Vortragsmanuskripte, der Diskussionen und der Abschlussstatements, wodurch die redaktionelle Unabhängigkeit der Publikationsreihe „Frankfurter Forum: Diskurse“ garantiert ist.







FRANKFURTER FORUM
für gesellschafts-
und gesundheitspolitische
Grundsatzfragen e.V.