

Aus Erfahrungen lernen: Versorgungsgestaltung braucht ein stimmiges Konzept

von Klaus Jacobs¹

ABSTRACT

Noch kein Jahr im Amt, hat die Bundesregierung bereits ein ganzes Feuerwerk an Gesetzen auf den Weg gebracht, die die Gesundheitsversorgung verbessern sollen. Weitere Vorhaben stehen an, etwa zur sektorenübergreifenden Versorgung, für die eine Bund-Länder-Arbeitsgruppe gebildet wurde. Eine Fülle an Aktivitäten garantiert aber noch keine bessere Versorgung. Dazu ist ein stimmiges Steuerungskonzept notwendig, für das die Erfahrungen mit den bisherigen drei Fehlversuchen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung genutzt werden sollten. Im Interesse der Patienten sollte künftig insbesondere dezentrale Wettbewerbslösungen wieder ein größerer Stellenwert eingeräumt werden.

Schlüsselwörter: Versorgungsgestaltung, ambulante spezialärztliche Versorgung, Vertragswettbewerb

Less than one year in office, the federal government of Germany has already started a firework of new legislation which aims at improving health care provision. Further measures are to follow, e.g. with regard to cross-sectoral health care provision. These will be prepared by a working group with members from both the federal and states' level. Many activities, however, do not guarantee better health care. In order to achieve this goal, a consistent reform concept is required. Valuable lessons could be learnt from three previous unsuccessful attempts at establishing „ambulatory specialist care“. It would be in the patients' interest to focus more on decentral measures of competition.

Keywords: creation of a good care structure, ambulatory specialist care, managed competition

1 Ordnungspolitische Defizite

Eine Woche vor Weihnachten 2018 haben zwei führende Gremien der wissenschaftlichen Politikberatung in Deutschland, die Sachverständigenräte für Wirtschaft und für Gesundheit, eine gemeinsame Pressemitteilung „Für mehr Strukturwandel in der Krankenhausversorgung“ veröffentlicht (SVR-W und SVR-G 2018). Zwar waren die Empfehlungen bereits seit den letzten Gutachten der beiden Räte bekannt (SVR-G 2018; SVR-W 2018), doch ist das gemeinsame Vorgehen bemerkenswert. Es spricht zum einen dafür, dass die Experten einer Krankenhausstrukturreform eine hohe Dringlichkeit beimessen, spiegelt zum anderen möglicherweise aber auch eine gewisse Frustration wider, weil die Räte wissen, dass ihren Vorschlägen auch dieses Mal kaum gefolgt werden dürfte. So wird die Einführung der monistischen Krankenhausfinanzierung schon seit mehr als dreißig Jahren gefordert (etwa Robert Bosch Stiftung 1987), und selbst der Deutsche Bundestag hatte

Ende 1992 schon einmal (zusammen mit der Verabschiedung des Gesundheitsstrukturgesetzes) in einer Entschließung seine Absicht bekundet, „das duale Krankenhausfinanzierungssystem in einer mittel- und längerfristigen Entwicklung durch ein monistisches System zu ersetzen“ (Deutscher Bundestag 1992). Geschehen ist bislang jedoch nichts. Dieses Beispiel zeigt, dass es der Gesundheitspolitik bei Fragen der Systemgestaltung an ordnungspolitischer Klarheit, aber auch an politischer Durchsetzungsfähigkeit mangelt. Dabei mag im Krankenhausbereich der Einfluss der Länder noch als Erklärung für Reformstau herhalten, doch gilt dies nicht für andere Themen, bei denen kaum weniger Stillstand herrscht. Im Grunde trifft diese Einschätzung auf die gesamte vertragswettbewerbliche Versorgungssteuerung zu, die seit gut zehn Jahren vor sich hindümpelt. Zwar ist gerade in den letzten drei Jahren intensiv über „faire“ Wettbewerbsbedingungen der Krankenkassen gestritten worden, doch haben dabei der Beitrag des Kassenwettbewerbs zur Versorgungssteuerung sowie die hier-

¹ Prof. Dr. rer. pol. Klaus Jacobs, Wissenschaftliches Institut der AOK · Rosenthaler Straße 31 · 10178 Berlin · Telefon: 030 346462182
E-Mail: klaus.jacobs@wido.bv.aok.de

zu neben dem Risikostrukturausgleich notwendigen Rahmenbedingungen kaum eine Rolle gespielt. Stattdessen erhalten Gremien der gemeinsamen Selbstverwaltung immer mehr Aufgaben zugewiesen bis hin zur Definition förderfähiger Versorgungsinnovationen im Rahmen des 2016 eingeführten Innovationsfonds (dazu *Cassel und Jacobs 2015*). Ob dieser Weg zielführend ist, kann zumindest bezweifelt werden. Das gilt auch für eine größere Rolle der Länder bei der Versorgungsgestaltung. Die Erfahrungen aus der ambulanten spezialärztlichen Versorgung (ASV) hierzu sind jedenfalls wenig ermutigend. Sie sollten künftig stärker beachtet werden, insbesondere auch bei der Arbeit der im September 2018 eingerichteten Bund-Länder-Arbeitsgruppe „Sektorenübergreifende Versorgung“. Hierzu wird im Folgenden zunächst ein Blick auf die Genese der ASV gerichtet, ehe drei zentrale Schlussfolgerungen gezogen werden.

2 Drei Fehlversuche in der ASV

2004 ist das GKV-Modernisierungsgesetz (GMG) in Kraft getreten, das unter anderem die hausarztzentrierte Versorgung eingeführt und die integrierte Versorgung ins Laufen gebracht hat sowie die Möglichkeit zur Gründung Medizinischer Versorgungszentren (MVZ) schuf. Nur kurzen Bestand hatten dagegen die vertragswettbewerblichen Regelungen zur ambulanten Behandlung im Krankenhaus. Die im neu geschaffenen Paragraphen 116b Fünftes Sozialgesetzbuch (SGB V) geregelte Teilöffnung der Krankenhäuser für hochspezialisierte Leistungen und die Behandlung seltener Erkrankungen und Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen sollte Wettbewerb zwischen unterschiedlichen Versorgungsformen ermöglichen. Neben dem damit verbundenen Ziel, dass „Patienten jeweils in der ihren Erfordernissen am besten entsprechenden Versorgungsform versorgt werden können“, beschleunigte Wettbewerb zudem Innovationen und ermöglichte es, Effizienzreserven zu erschließen (*Deutscher Bundestag 2003, 74*).

Zwar wurden der Katalog der Krankheitsbilder und Leistungen sowie die erforderlichen sächlichen und personellen Anforderungen bereits im Gesetz festgelegt beziehungsweise dem Gemeinsamen Bundesausschuss übertragen (siehe *Hess 2013, 21*), doch erhielten die potenziellen Vertragsparteien relativ große Freiräume für Vergütungsvereinbarungen. Hier hätte das gesamte Spektrum zulässiger vertragsärztlicher Vergütungsregelungen genutzt werden können, von der Einzelleistungsvergütung bis zu (fall- oder kopf-)pauschalierten Vergütungsformen; aber auch Leistungskomplexpauschalen als sektorenübergreifende Vergütungsform zur Abdeckung von ambulantem und stationärem Versorgungsbedarf wären möglich gewesen (*Cassel et al. 2006, 85 f.*). Dass diese vertragswettbewerbliche Option jedoch weitgehend ungenutzt blieb, ließ sich der Gesetzgeber nicht lange bieten. So hieß es in der

Begründung zum 2007 in Kraft getretenen GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG): „Diese Möglichkeit zur Ergänzung der vertragsärztlichen Versorgung haben die Krankenkassen bisher kaum genutzt. Die Vertragskompetenz der Krankenkassen entfällt nunmehr“ (*Deutscher Bundestag 2006, 139*). Dabei konnte es nicht überraschen, dass diese neue Selektivvertragsoption kaum genutzt wurde, denn sie war schlicht nicht wettbewerbskompatibel ausgestaltet. Zum einen galt für sie dieselbe Funktionsbedingung wie für alle Selektivverträge: die Notwendigkeit zur Bereinigung der sektoralen Kollektivvergütungen zur Vermeidung von Doppelfinanzierungen; diese war jedoch nicht vorgesehen. Zum anderen gab es damals noch keine direkte Morbiditätsorientierung beim Risikostrukturausgleich; deshalb hätten die ausgabenträchtigen Versicherten, für die diese Leistungen infrage gekommen wären, unweigerlich zu negativen Deckungsbeiträgen bei den Krankenkassen geführt. Das GKV-WSG machte aber nicht nur Schluss mit der Vertragskompetenz der Krankenkassen in einem vertragswettbewerblichen Setting, sondern schaffte die Vertragsbasierung dieser Versorgungsform vollständig ab. Im neuen Paragraph 116b SGB V hieß es nun: „Ein zugelassenes Krankenhaus ist zur ambulanten Behandlung der (...) hochspezialisierten Leistungen, seltenen Erkrankungen und Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen berechtigt, wenn und soweit es im Rahmen der Krankenhausplanung des Landes auf Antrag des Krankenhausträgers unter Berücksichtigung der vertragsärztlichen Versorgungssituation dazu bestimmt worden ist.“

Der Sachverständigenrat Gesundheit hat die Auswirkungen dieser Regelung umfangreich analysiert (*SVR-G 2012, 249 ff.*). Dabei zeigten sich insbesondere erhebliche Differenzen im Antrags- und Genehmigungsgeschehen zwischen den Ländern. So gab es in Schleswig-Holstein im September 2011 insgesamt 224 Paragraph-116b-Zulassungen (bei einer Bewilligungsquote von 89 Prozent der eingegangenen Anträge), im bevölkerungsmäßig fast viermal so großen Baden-Württemberg aber nur 14 (Bewilligungsquote von 6 Prozent). Offensichtlich hatten die Länder die gesetzliche Vorgabe „unter Berücksichtigung der vertragsärztlichen Versorgungssituation“ bei ihrer Genehmigungspraxis sehr unterschiedlich interpretiert. Hätten Patienteninteressen immer Priorität genossen, wären derart große Unterschiede nicht entstanden. Die Abkehr vom Vertragsprinzip bedeutete zudem, dass Regelungsinhalte, die zuvor den Vertragsparteien vorbehalten waren, nunmehr anderweitig festgelegt wurden und dann weniger differenziert ausfielen, als dies in einem vertragswettbewerblichen Setting möglich gewesen wäre. Das galt speziell für die Vergütung, für die es jetzt keine Flexibilität mehr gab. Aber auch die Bestimmungslösung des GKV-WSG hatte keinen langen Bestand, sondern wurde durch das GKV-Versorgungsstrukturgesetz (GKV-VStG) ab 2012 durch die im Grundsatz bis heute gültige ASV ersetzt, durch die nach Absicht der christlich-liberalen Bundesregierung „ein Korridor eröffnet“ werden sollte, „in dem so

wohl Krankenhäuser als auch niedergelassene Fachärzte unter gleichen Voraussetzungen und Bedingungen wettbewerblig die medizinische Versorgung gestalten können“ (*Bundesrat 2011, 56*). Dass die Gesamtzahl aller ASV-Patienten Ende 2017 weniger als 13.000 betrug, es in manchen Ländern nur wenige ASV-Teams gab und in Mecklenburg-Vorpommern gar keins, wird in Bezug auf das vermutete Potenzial und die ursprünglichen Erwartungen als enttäuschend bewertet (*SVR-G 2018, 371*). Doch ob mehr als acht Jahre nach der Einführung der ASV noch immer mit ihrem Durchbruch gerechnet werden kann, erscheint fraglich. Deshalb ist es an der Zeit, die ordnungspolitische Konstruktion dieser Versorgungsform grundsätzlich zu hinterfragen. Hierzu folgen drei zentrale Hinweise.

3 Drei Schlussfolgerungen

Aus den Erfahrungen mit der ASV beziehungsweise ihren beiden Vorgängern lassen sich drei Schlüsse ziehen, die nicht nur für die ASV selbst sowie die sektorenübergreifende Versorgung, sondern für die Versorgungsgestaltung generell bedeutsam sind. Dabei ist zunächst grundsätzlich zu hinterfragen, ob es wirklich zielführend ist, einen neuen Versorgungssektor im Grenzbereich ambulant/stationär einzurichten. Mit dieser Aufgabe ist aktuell auch die Bund-Länder-Arbeitsgruppe „Sektorenübergreifende Versorgung“ befasst, denn laut Ulrich Orłowski, Abteilungsleiter im Bundesgesundheitsministerium, müsse zunächst ein „intermediärer Bereich“ bestimmt werden, für den Planung, Zulassung und Mengensteuerung erfolgen sollten (siehe *OPG 2018, 6*). Auch wenn damit ein anderes Steuerungsregime geschaffen würde als bei der ASV, bei der es weder Planung noch Mengensteuerung gibt, stimmen die dort gemachten Erfahrungen in Bezug auf eine stärkere Vernetzung zwischen dem ambulanten und dem stationären Versorgungssektor nicht gerade optimistisch. Mit dem Grundgedanken von integrierter Versorgung, die sich – bei gebündelter medizinischer und ökonomischer Verantwortung – am ganzheitlichen Versorgungsbedarf von Patienten orientiert und hierauf organisatorisch ausgerichtet ist (*Jacobs und Schulze 2004*), hat die Schaffung eines solchen neuen Sektors jedenfalls nicht unmittelbar zu tun. Wenn die herkömmlichen Sektoren unverändert fortbestehen und ein neuer „intermediärer“ Versorgungsbereich mit eigenem Steuerungsinstrumentarium dazukommt, können neue Schnittstellen sogar zu zusätzlichen Versorgungsfriktionen führen. Deshalb wäre es sinnvoller, der Herausbildung integrierter Versorgungsformen und dazu zweckmäßiger Voraussetzungen Priorität einzuräumen – bis hin zu neuen Versorgungseinrichtungen jenseits der tradierten Sektorenlogik.

Die zweite Schlussfolgerung setzt ebenfalls an Zweifeln an, die sich in diesem Fall auf zu viel Einheitlichkeit bei zentralen Vorgaben für die Versorgungsgestaltung richten. Bei der ASV

führen offenbar nicht zuletzt die dort geschaffenen „extrem hohen Teilnahmevoraussetzungen“ (*SVR-G 2018, 774*) dazu, dass es in einer Reihe von Regionen nur wenige oder gar keine entsprechenden Angebote gibt. Angesichts großer Unterschiede in den regionalen Versorgungsstrukturen ist Differenzierung geradezu geboten. So sind etwa zur Verbesserung der Versorgung von Krebspatienten in der sprichwörtlichen Uckermark andere Maßnahmen zweckmäßig als etwa in Berlin. Vielleicht ist es letztlich sogar unmöglich, das schon heute in Berlin oder anderen Ballungszentren erreichte Versorgungsniveau in der Uckermark überhaupt zu erreichen, doch verwies dies gerade in besonderem Maße auf die Notwendigkeit, den jeweiligen Status quo der Versorgung mit regionsspezifischen Instrumenten zu verbessern. Allerdings ist eine regional differenzierte Sicht aufgrund eines mitunter falschen Verständnisses des Verfassungsauftrags gleichwertiger Lebensverhältnisse in der gesundheitspolitischen Debatte vielfach tabu. Doch gerade wenn man diesem Ziel einen hohen Stellenwert beimisst, müssen unterschiedliche Wege zur Verbesserung der jeweiligen Versorgungssituation beschritten werden. Angesichts von regional teilweise höchst unterschiedlichen Ausgangskonstellationen kann das Ziel gleichwertiger Lebensverhältnisse nicht durch ein einheitliches Steuerungsregime realisiert werden, sondern – ganz im Gegenteil – nur durch eine von vornherein unterschiedliche Ausgestaltung des jeweiligen Instrumentariums. So etwas fehlt aber nicht nur bei der ASV, sondern dürfte auch bei der Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur sektorenübergreifenden Versorgung keine Rolle spielen.

Das gilt auch für die dritte Schlussfolgerung, die sich um die Frage dreht, wer letztlich „den Hut aufhat“, damit es tatsächlich zu Verbesserungen in der Versorgung kommt. Laut Koalitionsvertrag soll die Bund-Länder-Arbeitsgruppe Vorschläge „im Hinblick auf Bedarfsplanung, Zulassung, Honorierung, Kodierung, Dokumentation, Kooperation der Gesundheitsberufe und Qualitätssicherung unter Berücksichtigung der telematischen Infrastruktur bis 2020 vorlegen“ (*CDU, CSU und SPD 2018, 96 f.*). Von der Sicherstellung als der wichtigsten Aufgabe ist hier somit gar nicht erst die Rede. Wie die ASV zeigt, gibt es ohne Sicherstellungsverantwortung aber keine Gewähr dafür, dass überhaupt Angebote zur Verbesserung der Patientenversorgung zustande kommen. Jedenfalls machen die Leistungserbringer ihre Teilnahmeentscheidung hiervon nicht abhängig. Dass aber auch die Länder in dieser Frage kein uneingeschränktes Vertrauen verdienen, haben die Erfahrungen mit der Bestimmungslösung gezeigt.

Der Grundfehler der ASV-Konstruktion liegt darin, dass auf jegliche Vertragsbasierung verzichtet wurde, also auf ein prägendes Gestaltungsprinzip in der gesetzlichen Krankenversicherung. Dabei stellt sich die Frage, ob kollektive oder selektive Verträge zweckmäßiger sind, erst in zweiter Linie. Grundsätzlich sind etwa die Notfallversorgung, die Versorgung

seltener Erkrankungen oder die Versorgung auf dem Land nicht für wettbewerbliche Lösungen geeignet, während sie überall sonst eine ernsthafte Option darstellen. Dabei ginge es jedoch um Vertragswettbewerb, also um etwas ganz anderes als das ebenfalls als wettbewerblich ausgegebene ASV-Konstrukt, bei dem die Krankenkassen auf eine reine Payer-Funktion analog zur privaten Krankenversicherung reduziert werden. Im Konzept des Vertragswettbewerbs spielt dagegen neben dem Wettbewerb der Leistungserbringer um Patienten gerade auch der Krankenkassenwettbewerb eine entscheidende Rolle, bei dem die Kassen ihren Versicherten Versorgungsangebote machen, die sie selektivvertraglich mit Leistungsanbietern vereinbart haben (Cassel *et al.* 2006). Leider konnten mit der vertragswettbewerblichen ASV-Vorgängerregelung keine praktischen Erfahrungen gemacht werden. So musste insbesondere offenbleiben, ob es neben den damals fehlenden notwendigen Funktionsbedingungen für das Zustandekommen von Paragraph-116b-Verträgen weiterer hinreichender Bedingungen bedarf, die etwa darin bestehen könnten, die Krankenkassen zu entsprechenden Angeboten an ihre Versicherten zu verpflichten. Sich mit solchen Fragen auseinanderzusetzen, erschiene zielführender als die Fortsetzung oder Ausdehnung zentralplanerischer Ansätze der Versorgungssteuerung, bei der die Anzahl der Experten in diversen Gremien in Bund und Ländern am Ende womöglich die Zahl der Patienten übersteigt, die von Verbesserungen ihrer Versorgung profitieren.

Literatur

Bundesrat (2011): Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-VStG). Gesetzentwurf der Bundesregierung, Drucksache 456/11 vom 12. August 2011. Berlin

Cassel D et al. (2006): Weiterentwicklung des Vertragswettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung. Vorschläge für kurzfristig umsetzbare Reformschritte; www.wido.de/gutachten2006.html

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

CDU, CSU, SPD (2018): Ein neuer Aufbruch für Europa. Eine neue Dynamik für Deutschland. Ein neuer Zusammenhalt für unser Land, Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD, 19. Legislaturperiode. Berlin, den 12. März 2018; www.bundesregierung.de

Deutscher Bundestag (1992): Beschlussempfehlung des Ausschusses für Gesundheit, Drucksache 12/3930 vom 7. Dezember 1992. Berlin

Deutscher Bundestag (2003): Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GMG). Gesetzentwurf der Fraktionen SPD, CDU/CSU und Bündnis 90/Die Grünen. Drucksache 15/1525 vom 8. September 2003. Berlin

Deutscher Bundestag (2006): Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-WStG). Gesetzentwurf der Fraktionen CDU/CSU und SPD, Drucksache 16/3100 vom 24. Oktober 2006. Berlin

Hess R (2013): Ambulante spezialfachärztliche Versorgung – ein Zukunftsmodell. Gesundheit und Gesellschaft Wissenschaft, Jg. 13, Heft 4, 16–22

Jacobs K, Schulze S (2004): Wettbewerbsperspektiven integrierter Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung. In: Cassel D (Hrsg.): Wettbewerb und Regulierung im Gesundheitswesen. Baden-Baden: Nomos, 89–110

OPG (Operation Gesundheitswesen) (2018): Der Weg wird kein leichter sein. Sektorübergreifend: Bund-Länder-AG vor schwerer Aufgabe. OPG, Jg. 16, Nr. 30, 5–7

Robert Bosch Stiftung (Hrsg.) (1987): Krankenhausfinanzierung in Selbstverwaltung: Teil 1 des Kommissionsberichts. Gerlingen: Bleicher

SVR-G (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen) (2012): Wettbewerb an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Gesundheitsversorgung. Sondergutachten 2012

SVR-G (2018): Bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung. Gutachten 2018; www.svr-gesundheit.de → Gutachten

SVR-W (Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung) (2018): Vor wichtigen wirtschaftspolitischen Weichenstellungen. Jahresgutachten 2018/19; www.sachverstaendigenrat-wirtschaft.de → Publikationen

SVR-W und SVR-G (2018): Für mehr Strukturwandel in der Krankenhausversorgung. Gemeinsame Pressemitteilung vom 18. Dezember 2018; www.svr-gesundheit.de

(letzter Zugriff auf alle Internetquellen: 2. Januar 2019)

DER AUTOR



Prof. Dr. rer. pol. Klaus Jacobs,

Jahrgang 1957, ist seit 2002 Geschäftsführer des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIdO) und leitet dort den Forschungsbereich Gesundheitspolitik und Systemanalysen. Zuvor Studium der Volkswirtschaftslehre in Bielefeld und Promotion an der Freien Universität (FU) Berlin. Wissenschaftliche Tätigkeiten an der FU Berlin, am Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB) und am Institut für Gesundheits- und Sozialforschung (IGES), Berlin. Honorarprofessor der Fakultät für Wirtschaftswissenschaften der Universität Duisburg-Essen, Campus Essen.