Sektorenübergreifende Versorgungssteuerung

Robert Messerle und Jonas Schreyögg

Inhaltsverzeichnis

11.1	Einleitung – 186
11.2	Sektorenübergreifende Versorgungsplanung und -steuerung – 187
11.2.1	Versorgungsplanung – 189
11.2.2	Versorgungssteuerung – 194
11.2.3	Versorgungsmanagement der Krankenkassen – 197
11.3	Fazit – 198
	Literatur – 199

■ ■ Zusammenfassung

Seit Jahrzehnten versucht die Gesundheitspolitik, die Auswirkungen der sektoralen Trennung im Gesundheitswesen abzumildern. Im Ergebnis stehen heterogene Versorgungsoptionen anstelle eines übergreifenden ordnungspolitischen Konzepts. Der von verschiedenen Seiten festgestellte Reformbedarf im Rahmen der Corona-Pandemie sollte nun zum Anlass genommen werden, größere Schritte zu gehen. Ausgehend vom Status quo der Versorgung erscheinen insbesondere drei Handlungsbereiche wichtig: eine sektorenübergreifende, morbiditäts- und leistungsorientierte Versorgungsplanung, ein einheitliches sektorengleiches Vergütungssystem und mehr Freiräume für ein aktives Versorgungsmanagement, um an den lokalen Kontext angepasste Versorgungsmodelle zu ermöglichen.

For decades, health policy has tried to mitigate the effects of sectoral separation in the health care system. The result are heterogeneous care options instead of an overarching regulatory concept. The need for reform identified during the corona pandemic should now be used as an opportunity for major changes. Based on the status quo, three areas for action appear particularly important: a cross-sectoral, needs-based health care planning, a uniform remuneration system for intersectoral care and greater freedom for an active care management.

11.1 Einleitung

Die Behandlung von Erkrankungen ist nur in den simpelsten Fällen ein singuläres Event bei einem einzelnen Leistungserbringer. Zumeist erfolgen Behandlungen in einer Kette aus Diagnostik, Behandlungsplanung, Überweisungen uvm. Für eine qualitativ hochwertige und effiziente Versorgung ist daher die Koordinierung der verschiedenen Behandlungselemente von zentraler Bedeutung. Die historisch bedingte stark sektorale Trennung in Deutschland –

mit separaten Regelungen für die Leistungserbringung, die Versorgungsplanung und die Vergütung – wirkt diesem Anspruch diametral entgegen.

Bestimmte, vormalig rein stationäre Behandlungen können dank des medizinischen Fortschritts in gleicher oder sogar besserer Qualität ambulant (sektorengleich) erbracht werden (Friedlander et al. 2019). Doch medizinische Entscheidungen werden von finanziellen Anreizen überlagert (Dafny 2005; Schreyögg et al. 2014). Leistungen werden somit oft nicht dort erbracht, wo sie medizinisch und wirtschaftlich am angemessensten sind. Infolge von Informations- und Kommunikationsdefiziten kann es außerdem zu unnötigen Mehrfachuntersuchungen, Versorgungsbrüchen und Koordinationsproblemen kommen.

Zur Behebung dieser Probleme wurden bisher vornehmlich die ambulanten Behandlungsmöglichkeiten der Krankenhäuser erweitert (siehe Leber und Wasem 2016), die gesetzliche Dynamik für den niedergelassenen Bereich ist deutlich geringer ausgeprägt (siehe Walendzik et al. 2019). Neben der gegenseitigen Öffnung der Sektoren versuchte der Gesetzgeber auch durch neue Versorgungsformen und Vorgaben zum Versorgungsmanagement die sektorenübergreifende Koordination zu verbessern (Brandhorst 2017). Keine der Maßnahmen vermochte es aber bisher, den Ansprüchen gerecht zu werden. Im Ergebnis stehen heterogene Versorgungsoptionen mit unterschiedlichen Rahmenbedingungen, es wäre jedoch ein kohärentes und übergreifendes ordnungspolitisches Konzept erforderlich.

Die sektorenübergreifende Versorgung wird die gesetzliche Krankenversicherung daher auch in den nächsten Jahren beschäftigen. So soll der AOP-Katalog bis 2022 aktualisiert und erweitert werden. Hierzu wurde die Selbstverwaltung mit der Vergabe eines Gutachtens beauftragt (§ 115b Abs. 1a SGB V, eingeführt durch das MDK-Reformgesetz). Dass GKV-Spitzenverband, DKG und KBV sich gemeinsam auf ein Gutachtenergebnis einigen und darauf aufbauend reibungslos ei-

ne neue EBM-basierte Vergütungssystematik beschließen, ist aufgrund der Historie zumindest sehr optimistisch. Ob die Bund-Länder-Arbeitsgruppe (BLAG) zur sektorenübergreifenden Versorgung auch deshalb mit dem „gemeinsamen ambulanten fachärztlichen Versorgungsbereich“ (BMG 2020a, Stand Januar 2020) weiterhin eine sehr ähnliche Zielrichtung verfolgt, ist unklar.

Die Forderungen für eine bessere sektorenübergreifende Verzahnung entstammen fast ausschließlich dem GKV-Bereich, der privatärztliche Bereich ist ausgespart. Den meisten privaten Krankenversicherungen dürfte für eine Versorgungsgestaltung zwar schlicht die notwendige Marktgröße fehlen. Die höhere Vergütung der GOÄ sowie die leichtere Abrechenbarkeit ambulanter Leistungen durch Krankenhausärzte könnten aber auch zu einer Verkleinerung der Vergütungs differenzen an der ambulant-stationären Schnittstelle und zu weniger Versorgungsbrüchen führen. Es ist somit unklar, ob im privatärztlichen Bereich das Problembewusstsein fehlt oder weniger Schnittstellenprobleme vorliegen.

11.2 Sektorenübergreifende Versorgungsplanung und -steuerung

Es mangelt nicht an Analysen und Kommentaren zur sektorenübergreifenden Versorgung. Die gesundheitspolitische Herausforderung besteht darin, bestehende Ideen im Detail auszugestalten und sinnvoll zu verknüpfen, sie in ein übergreifendes ordnungspolitisches Konzept einzubinden und dieses schließlich auch nachhaltig gesetzgeberisch umzusetzen. Dies ist angesichts der unterschiedlichen Interessenlagen eine große Herausforderung. Der bisher erreichte Minimalkonsens in der BLAG zeigt, dass in der Regel kleine, vertraute Schritte begangen werden. Der von verschiedenen Seiten festgestellte Reformbedarf des deutschen Gesundheitswesens im Rahmen der Corona-Pandemie (z. B. Deutsches Ärzteblatt

2020) sollte zum Anlass genommen werden, auch größere Schritte zu gehen.

Perspektivisch ist von einer dreigliedrigen Versorgungsstruktur aus primärärztlicher Versorgung, einem fachärztlichen (sektorengleichen) Sekundärbereich und der stationären Versorgung auszugehen (Sundmacher et al. 2018, S. 554 ff.; SVR 2009, Ziffer 1179). Angesichts dessen erscheint es sinnvoll, die zum Teil arbiträren Grenzen an der ambulant-stationären Schnittstelle aufzugeben, um die Etablierung eines gemeinsamen sektorengleichen Bereichs voranzutreiben. Hierzu muss zunächst eine gemeinsame sektorenübergreifende Planung sicherstellen, dass für alle Versicherten der Zugang zu einer bedarfsgerechten und effizienten Versorgung gewährleistet wird. Darauf aufbauend müssen für sektorengleich erbringbare Leistungen einheitliche Bedingungen geschaffen werden, damit (finanzielle) Fehlanreize die Leistungserbringung nicht beeinflussen. Unter diesen Bedingungen können dann weitere Maßnahmen und Anreize die sektorenübergreifende und interdisziplinäre Kooperation konkret forcieren.

Dieser Beitrag konzentriert sich auf die Planung und Steuerung der Versorgung. Der Frage der Vergütung nimmt sich das Innovationsfondsprojekt „Einheitliche, sektorengleiche Vergütung (ESV)“ an und recherchiert, welche Leistungsbereiche in anderen Ländern sektorengleich behandelt werden. Auf dieser Basis soll die Vergleichbarkeit von Patienten und Leistungen in Deutschland untersucht werden. Unter Beteiligung von Leistungserbringern und Krankenkassen wird anschließend ein sektorenübergreifendes Vergütungsmodell ausgearbeitet, das politischen Entscheidungsträgern eine konsensfähige Weiterentwicklung der Vergütungssystematik ermöglichen soll (G-BA 2020).

Bisher wurde nur in Ansätzen untersucht, welche Leistungen sektorengleich erbracht werden könnten und in welchem Umfang dies in Deutschland bereits praktiziert wird (vgl. Friedrich und Tillmanns 2016). Die abstraktere Frage, welche Leistungsbereiche potenziell einem fachärztlichen (sektorengleichen)

Abb. 11.1 Struktur und ungefähres Volumen der ambulant-stationären GKV-Versorgung in Deutschland. Eigene Darstellung. Zahlen soweit verfügbar für 2018. Die Arztgruppen-Zuordnung beruht auf der G-BA-Bedarfsplanungsrichtlinie, die arztgruppenbezogenen Ausgaben entstammen dem KBV-Honorarbericht. Für die hausärztliche Versorgung (inkl. Kinder- und Jugendmedizin) wurden die Ausgaben für HzV-Verträge zugesetzt. Die weiteren An-

gaben beruhen auf Auswertungen des Bundesarztregisters, der amtlichen Statistik KJ1, der Krankenhausstatistik und der DRG-Abrechnungsstatistik. Die integrierte Versorgung beinhaltet die Ausgaben für die ärztliche Behandlung und die Krankenhausbehandlung im Rahmen von Verträgen nach § 140a SGB V. Die Krankenhausbehandlung umfasst infolge der Datendefinition auch die stationäre Anschluss-Rehabilitation

Sekundärbereich zuzuordnen sind, wird unterschiedlich beurteilt. Eine Abschätzung dieses Potenzials wird auch durch die mangelhafte öffentliche Datenverfügbarkeit erschwert. **Abb. 11.1** soll daher nur als ein grober Anhaltspunkt für Struktur und Umfang der sektoralen Versorgung in Deutschland gelten.

Sie verdeutlicht, dass Krankenhäuser bereits in hohem Maße an der ambulanten Versorgung teilnehmen. Mittel- und unmittelbar¹ sind 10 % der ambulant tätigen Ärztinnen und

Ärzte in Krankenhäusern angestellt, in Bereichen wie der Chirurgie oder Radiologie sogar bis zu 25 % (KBV 2019, 2020c).² Hinzu kommt ein breites ambulantes Betätigungsfeld der Krankenhäuser (vor-, nach- und teilstationäre Versorgung, Ambulanzen etc.), das mit GKV-Ausgaben von etwa 5 Mrd. € jährlich verbunden ist und in Universitätskliniken über ein Viertel der Einnahmen ausmachen kann (Landtag BaWü 2020). Insbesondere er-

¹ Mittelbar als Angestellte in einem MVZ in Trägerschaft eines Krankenhauses oder unmittelbar als ermächtigte Krankenhausärzte.

² Welche Rolle Praxiskliniken spielen – immerhin eine der frühesten Ideen des Gesetzgebers (im Gesetz zur Strukturreform im Gesundheitswesen 1988) – ist mangels trennscharfer Definition und aufgrund fehlender Daten unklar.

mächtigte Ambulanzen (z. B. Hochschulambulanzen) besitzen mit GKV-Ausgaben von 1,8 Mrd. € und z. T. zweistelligen Steigerungsraten große Bedeutung.

Ausgehend von der in [Abb. 11.1](#) dargestellten Versorgungsstruktur lässt sich das Potenzial sektorenunabhängiger Leistungen grob skizzieren. Berücksichtigt man lediglich die Versorgungsbereiche, die vom Gesetzgeber bereits an der ambulant-stationären Schnittstelle verortet werden – also das ambulante Operieren, Ambulanzen, die ASV, teilstationäre Leistungen etc. –, ergibt sich ein Volumen von aktuell etwa 8 bis 9 Mrd. €. ³ Nimmt man die fachärztliche Versorgung hinzu, die perspektivisch zu einem sektorenunabhängigen Sekundärbereich gehören wird (SVR 2009, Ziffer 1179), ergeben sich über 30 Mrd. €.

Abhängig vom Ambulantisierungspotenzial in der stationären Versorgung kann der sektorenunabhängige Bereich noch deutlich umfangreicher ausfallen. Etwa 2 der 18 Mio. vollstationären Patienten werden intensiv-medizinisch behandelt und nur zwei Drittel der Krankenhäuser haben überhaupt Betten zur intensiv-medizinischen Versorgung (Destatis 2018). Stationäre Leistungen außerhalb der Intensivmedizin sind nicht zwangsläufig auch ambulant erbringbar, ein Kurzliegeranteil von 45 % aller vollstationären Fälle (1 bis 3 Tage, Destatis 2019) lässt jedoch auf ein relativ großes Potenzial schließen.

11.2.1 Versorgungsplanung

Die gegenwärtigen ambulanten und stationären Angebotsplanungen stellen trotz neuerer Entwicklungen⁴ im Kern Fortschreibungen

historisch bestehender Kapazitäten dar. Eine Abstimmung zwischen den sektoralen Planungen findet nur sehr begrenzt statt. Die zukünftigen Herausforderungen infolge sich verändernder Versorgungsstrukturen und Patientenansprüche sowie die Substitution stationärer Leistungen bedingen aber die Weiterentwicklung und Verschränkung der Planungen. Dabei sollten folgende Kernprinzipien berücksichtigt werden (siehe auch SVR 2018, Ziffer 854 ff.).

■ ■ Planung aus einer Hand

Eine abgestimmte sektorenübergreifende Planung erfordert eine Verknüpfung der ambulanten und stationären Ressourcen sowie deren Ausgestaltung auf Basis gemeinsamer Prinzipien. Dies wäre grundsätzlich durch eine intensive Abstimmung der Akteure möglich. Infolge unterschiedlicher Ziele, Zeithorizonte und Planungsebenen ist die Übertragung der Planungs- und Sicherstellungsverantwortung an ein gemeinsames Gremium jedoch konsequenter. Da sich Angebotskapazitäten und Inanspruchnahme über Sektorengrenzen hinaus beeinflussen (Goffrier et al. 2018), erscheint es sinnvoll, neben dem sektorengleichen Bereich auch die primärärztliche und stationäre Versorgung einzubinden.

■ ■ Verknüpfung von Planungs- und finanzieller Verantwortung

Stimmrechte und Sicherstellungsverantwortung sollten auch an die Finanzierungsverantwortung geknüpft sein. Relevante Interessengruppen könnten aber als anhörungs- und antragsberechtigte Mitglieder ihre Ansichten und Ideen einbringen. Divergieren Entscheidungshoheit und Verantwortlichkeit für (finanzielle) Folgen, können z. B. Überkapazitäten und Finanzierungsprobleme die Folge sein. Mahnendes Beispiel ist die Krankenhausplanung, in

3 Also die eingekreisten Bereiche der [Abb. 11.1](#). Ob die integrierte Versorgung dazu zu zählen ist, hängt von den genauen Vertragsinhalten ab.

4 Zuletzt wurden mit der Überarbeitung der Bedarfsplanungsrichtlinie des G-BA der erhöhte Behandlungsbedarf multimorbider Patienten tendenziell einbezogen und Verhältniszahlen neu berechnet; der historische Bezug wurde also in Teilen angepasst (G-BA 2019). Ein direkter Morbiditätsbezug fehlt, unter

anderem aus methodischen Gründen, weiterhin (Uhlemann und Lehmann 2019). Für die Krankenhausplanung beauftragten mehrere Bundesländer Gutachten mit der Entwicklung alternativer bzw. ergänzender Methoden, sodass Prognosen auf Ebene verschiedener Krankheitsbilder inzwischen teilweise in die Kapazitätsplanung einbezogen werden (DKG 2019).

der die Länder durch den stetigen Rückgang der Investitionsförderung (DKG 2019) schleichend aus der finanziellen Verantwortung entschwinden, aber weiterhin die Planungshoheit beanspruchen. Letztendlich werden Überkapazitäten zementiert und die Krankenhäuser dabei unterfinanziert.

■ ■ Prospektive morbiditätsorientierte Planung

Statt an historisch gewachsenen Kapazitäten festzuhalten müssen Prognosen der Bevölkerungsstruktur und -morbidität herangezogen werden, um die zu erwartende Inanspruchnahme zu bestimmen. Durch die GKV-Abrechnungsdaten verfügt Deutschland grundsätzlich über eine gute Basis für eine prospektive Morbiditätsschätzung.⁵

■ ■ Leistungsorientierung

Eine gemeinsame Planung von Kapazitäten ist für den sektorengleichen Bereich aufgrund der unterschiedlichen Strukturen in Krankenhäusern und Praxen derzeit nicht möglich. Betten und Arztsitze lassen sich nicht addieren oder vergleichen. Mehrere Entwicklungen stellen den Wert einer an Kapazitäten orientierten Planung aber auch grundsätzlich in Frage. Die Flexibilisierung der Arbeitszeit nimmt beständig zu, die Tätigkeit unterschiedlicher Ärzte derselben Fachgruppe kann sich stark unterscheiden. Die Orientierung an Kopffzahlen kann so zu Fehlschlüssen führen.

In der stationären Versorgung sind zuvorderst ärztliche und pflegerische Kapazitäten sowie technische Ressourcen maßgeblich, nicht die Anzahl der Betten. Es werden außerdem Betten geplant, die zum Teil personell gar nicht versorgt werden können und – in nicht unerheblichen Umfang (Karagiannidis et al.

2019) – gesperrt werden müssen. Mit der zunehmend ambulanten Versorgung in Krankenhäusern steht die Anzahl der Betten ebenfalls kaum in Zusammenhang.

Mit umfangreichen Daten und hohem methodischen Aufwand einen konkreten medizinischen Versorgungsbedarf zu bestimmen, um diesen dann wieder in Arztsitze oder Betten umzurechnen, kann daher nicht Ziel einer modernen Versorgungsplanung sein. Stattdessen sollten auf Basis des erwarteten medizinischen Bedarfs leistungsorientierte Versorgungsaufträge geplant und vergeben werden.

■ ■ Interdisziplinäres, teamorientiertes Leitbild

Die Vielschichtigkeit in der Versorgung steigt. Die zunehmende Spezialisierung innerhalb der und zwischen den Professionen verlangt ein hohes Maß an Koordination. Demographische Entwicklungen und sich verändernde Nachfragestrukturen führen zu komplexeren Versorgungspfaden. Vor allem im Zusammenwirken aller Gesundheitsberufe können die Patientinnen und Patienten daher zukünftig effektiv und effizient versorgt werden (SVR 2007, Ziffer 255 ff.). Dementsprechend sollten Verbund- und Netzwerkstrukturen bereits in der Angebotsplanung berücksichtigt werden.

■ ■ Qualitätssicherung

Eine leistungsorientierte Planung muss an Qualitätsparameter gebunden sein. Andernfalls wird zwar eine geplante Leistung erbracht, aber ggf. nicht das damit verbundene Versorgungsziel erreicht. Zur Sicherstellung der Qualität sollten Leistungen daher nur von personell und technisch adäquat ausgestatteten Leistungserbringern erbracht werden dürfen. Im vertragsärztlichen Bereich wird die Abrechnung hierfür häufig an vorherige Genehmigungen gebunden. So muss vor der Erlaubnis zur Abrechnung von PET-Untersuchungen u. a. die Erstellung von mindestens 1.000 Befunden unter Anleitung von Fachpersonal und eine Mindestauflösung des zu verwendeten Geräts nachgewiesen werden (siehe QS-Vereinbarung PET). Derartige Anforderun-

⁵ Die Abrechnungsdaten unterliegen allerdings verschiedenen Limitationen. So können z. B. gesetzliche oder abrechnungstechnische Festlegungen Veränderungen in den Daten nach sich ziehen, denen keine eigentliche Morbiditätsveränderung zugrunde liegt (Schubert et al. 2014). Daher müssen Validität und Vergleichbarkeit der Abrechnungsdaten sichergestellt und Besonderheiten berücksichtigt werden.

gen sollten auf den Kontext sektorengleicher Versorgungsaufträge adaptiert werden. Über die Mindeststandards hinaus muss die Versorgungsqualität durch sektorenübergreifende Qualitätssicherungsverfahren verbessert werden. Die Richtlinie des G-BA zur datengestützten einrichtungs- und sektorenübergreifenden Qualitätssicherung greift dies auf, steht jedoch noch am Anfang einer sukzessiven Weiterentwicklung (siehe auch den Beitrag von Döbler und Follert, ► Kap. 13 in diesem Band).

■ Skizzierte Umsetzung

Die Einführung einer sektorenübergreifenden Versorgungsplanung stellt einen weitreichenden Schritt dar und wird methodisch anspruchsvoll. Eine gestufte Einführung ist daher empfehlenswert. Zunächst ist der bereits bestehende, weitgehend unkoordinierte Bereich an der ambulant-stationären Schnittstelle (also die ASV, das ambulante Operieren, Ambulanzen etc., siehe ■ Abb. 11.1) schrittweise zusammenzuführen. Der Gesetzgeber scheint hier Versorgungsbedarf gesehen zu haben, der durch spezielle Versorgungsangebote gestillt werden sollte und mittlerweile ein beachtliches Volumen erreicht hat.

Ausgangspunkt ist die Definition der Versorgungsaufträge, die diese Strukturen erbringen sollen. Diese sind einerseits fachlich abzuleiten, andererseits bietet der umfangreiche DaTraV-Datenkörper die Chance, auch die tatsächliche Versorgung umfassend abzubilden. Mit der Neuregelung der Datentransparenzverordnung (DaTraV) wird die zentrale Datenzusammenführung gestärkt und ausgebaut, sodass de facto der gesamte Abrechnungsdatenkörper der Krankenkassen zur Verfügung stehen wird (BMG 2020b, § 3). Eine derartig umfassende Datensammlung soll nicht nur der Versorgungsforschung dienen, sondern insbesondere der Wahrnehmung von Steuerungsaufgaben (vgl. § 303e Abs. 2 SGB V).

Aus der Synthese von fachlich gewünschter Versorgung, tatsächlichem Leistungsge-
sehen und medizinisch-technischer Ent-

wicklung werden Versorgungsaufträge generiert. Diese enthalten eine Beschreibung der Leistungen sowie der benötigten Kapazitäten und Qualifikationen. Analog zur bisherigen vertragsärztlichen Bedarfsplanung müssen abhängig von der Art der Versorgungsaufträge räumliche Planungsbereiche festgelegt werden. Spezielle Leistungen (z. B. Katarakt-OPs) gehen mit tendenziell genauer spezifizierten Versorgungsaufträgen und größeren Einzugsgebieten einher. Breitere Versorgungsspektren (z. B. die verantwortliche Betreuung bestimmter chronischer Krankheiten) benötigen hingegen umfassender formulierte Versorgungsaufträge und eher kleinere räumliche Einheiten.

Ein Beispiel können die Ausschreibungen im Rahmen des Mammographie-Screenings bieten (z. B. KV Nordrhein 2019). Dort werden für Einzugsbereiche von etwa 100.000 bis 150.000 anspruchsberechtigten Frauen Versorgungsaufträge für die Früherkennung ausgeschrieben. Interessierte (Vertrags-)Ärztinnen und Ärzte können sich als Programmverantwortliche bewerben und müssen dafür persönliche und sachliche Voraussetzungen nachweisen, aber auch die Verfügbarkeit und Qualifikation kooperierender Fachkräfte darstellen.

Für die Zusammenstellung derartiger Versorgungsaufträge könnten die bisherigen Leistungsdefinitionen des EBM oder des DRG-Katalogs ungeeignet sein, da dort Leistungen oft in Pauschalen zusammengefasst werden und somit nicht identifizierbar sind. Wünschenswert wäre stattdessen ein breiter Leistungskatalog, auf dessen Basis Versorgungsaufträge bedarfsgerecht zusammengestellt werden können. Eine umfassende gemeinsame Leistungslegendierung und relative Bewertung, wie von der Honorarkommission vorgeschlagen⁶ (KOMV 2019), würde dies ermöglichen und zusätzlich eine Brücke zum privatärztlichen Bereich schlagen.

6 Infolge des beschränkten Gutachtensauftrages schlägt die Honorarkommission einen solchen Katalog nur für die ambulante Versorgung vor. Die Einbeziehung weiterer, z. B. sektorengleicher Leistungen ist systematisch jedoch naheliegend.

Die Definition der Versorgungsaufträge und die datenbasierte Prognose des zugehörigen Versorgungsbedarfs stellt hohe methodische Anforderungen und benötigt umfangreiche Ressourcen. Beides sollte daher im Regelfall bundesweit einheitlich an zentraler Stelle, z. B. beim G-BA, erfolgen. Ähnliche Forderungen werden für die Festlegung von sogenannten Leistungsgruppen bereits für die Krankenhausplanung erhoben (Augurzky et al. 2020). Der G-BA sollte daher – ähnlich wie vom SVR in seinem Modell einer leistungsorientierten, sektorenübergreifenden Angebotskapazitätsplanung vorgeschlagen (SVR 2018, Ziffer 892 ff.) – Leistungsaufträge je Einwohner als Richtwerte definieren.

Die so definierten Leistungsaufträge werden durch ein regionales Planungsgremium unter Berücksichtigung der Morbiditäts- und Bevölkerungsentwicklung zeitlich begrenzt ausgeschrieben. Zur Erleichterung der regionalen Ausgestaltung ist ein „methodischer Werkzeugkasten“ zu erstellen, der u. a. Instrumente zur Anpassung an Morbiditätsentwicklungen vorsieht. Ansatzpunkte könnten die Methodik im G-BA-Gutachten zur Bedarfsplanung (Sundmacher et al. 2018) oder Innovationsfondsprojekte wie „BURDEN 2020“ oder „PopGroup“ liefern. Diese haben das Ziel, die Akteure der Gesundheitsversorgung bei der bedarfsgerechten Planung mit einem transparenten Informationssystem bzw. einer Klassifikation des morbiditätsbezogenen Versorgungsbedarfs zu unterstützen (Quentin et al. 2020; Rommel et al. 2018). Für eine leistungs- und morbiditätsorientierte Planung gibt es mit der Krankenhausplanung im Kanton Zürich bereits Vorbilder (SVR 2018, Ziffer 218); auch in Deutschland ist dies z. B. für die Krankenhausplanung in Nordrhein-Westfalen beabsichtigt. Im vorliegenden Krankenhaus-Report wird in ► Kap. 12 eine koordinierte Leistungsplanung am Beispiel Basels vorgestellt.

Dauerhafte Besitzansprüche der Leistungserbringer auf Versorgungsaufträge wären passé. Letztendlich wird ein Wettbewerb zwischen ambulanten und stationären Leistungserbringern sowie neuen sektorenübergreifen-

den Organisationsformen initiiert, die sich zu gleichen Bedingungen für die Aufträge bewerben können. Die Auswahl sollte insbesondere auf Basis der Qualifikation sowie prozessualer und struktureller Qualitätsanforderungen unabhängig von der Art des Leistungserbringers erfolgen. Verbund- und Netzwerkstrukturen könnten berücksichtigt werden, indem sich z. B. neben einzelnen Leistungserbringern vor allem deren Gemeinschaften auf Leistungsaufträge bewerben und für ausgewählte Versorgungsaufträge die Delegation an nicht-ärztliche Fachkräfte explizit vorgesehen wird. Für die Verortung dieser Verantwortlichkeit liegen (überarbeitete) und in ihren Funktionen gestärkte gemeinsame Landesgremien nach § 90a SGB V nahe. Um dem wachsenden Aufgabenumfang und der methodisch anspruchsvollen Fragestellung gerecht zu werden, müssen gut ausgestattete Geschäftsstellen die Arbeit unterstützen.

Zur Berücksichtigung von Mitversorgungseffekten könnten die Gremien auch überregionale Aspekte bei der Vergabe einbeziehen. Höhere Vergütungen oder längerfristige und umfassendere Versorgungsaufträge könnten in Regionen mit geringerer Versorgungsdichte Anreize schaffen.

■ ■ Herausforderungen einer sektorenübergreifenden Versorgungsplanung

Empfehlungen zur grundlegenden Ausgestaltung einer sektorenübergreifenden Versorgungsplanung wurden bereits an verschiedenen Stellen, u. a. im 2018er-Gutachten des SVR, erarbeitet. Die daraus resultierende Umstrukturierung des Planungsprozesses wird mit einer enormen methodisch-organisatorischen Komplexität und vielfältigen Herausforderungen einhergehen. Diese Aufgaben erfordern im Detail noch Aufmerksamkeit und genauere Analysen, sie stehen der Entwicklung zu einer leistungsorientierten sektorenübergreifenden Versorgungsplanung aber nicht grundsätzlich im Wege.

Die sektoralen Grenzen werden für die betroffenen Leistungen schrittweise aufgelöst.

Im Ergebnis entsteht – zumindest übergangsweise – ein dritter Sektor, der die (sich entwickelnde) Versorgungsrealität aber besser abbilden kann. Die eindeutig stationäre Versorgung und die primärärztliche Versorgung werden mit eigenen, möglichst angepassten Regelungen zunächst fortbestehen.

Rechtlich muss somit ein neuer Regelungsbereich geschaffen werden. Dieser kann jedoch zum Teil auf adaptierten bestehenden Vorschriften beruhen. Der Unterschied zur heutigen Situation wären einheitliche Bedingungen unabhängig von Art und Ort des Leistungserbringers; maßgeblich wäre die Leistung selbst.

Institutionell stehen die bislang streng sektoral orientierten Interessenvertretungen vor Veränderungen. Die in Grundzügen bereits bestehende Trennung der vertragsärztlichen Versorgung in einen haus- und einen fachärztlichen Bereich wird durch die Einteilung in die primärärztliche Grund- und die fachärztliche Sekundärversorgung endgültig vollzogen. Dem folgend wird das breite Aufgabenspektrum der Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) einem Wandel unterliegen.

Neben der Übernahme des Sicherstellungsauftrags – bis hin zum (Mit-)Aufbau von Impfzentren – verhandeln die KVen die Ärztehonorare und Arzneimittelbudgets, sind für die Qualitätssicherung verantwortlich und übernehmen als Abrechnungsdienstleister sowohl die Abrechnungsprüfung als auch die Verteilung des zur Verfügung stehenden Honorars. Die Aufgaben werden sich in einem kollektivvertraglich organisierten fachärztlichen Sekundärbereich verändern, aber nicht verschwinden.

Dementsprechend stellt sich die Frage, wem diese Aufgaben künftig institutionell zugewiesen werden sollten. Bei einer selektivvertraglichen Versorgung (siehe unten) wären die Krankenkassen zuständig. In einer gemeinsamen kollektivvertraglichen Versorgung ist dieser Weg weder gangbar noch sinnvoll. Individuelle Verhandlungen und Vereinbarungen mit den Leistungserbringern – wie im stationären Bereich mit den Kranken-

häusern⁷ – sind für den fachärztlichen Sekundärbereich kaum vorstellbar.

Möglich wäre stattdessen eine weitere Aufwertung der gemeinsamen Landesgremien nach § 90a SGB V bzw. der einzurichtenden Geschäftsstellen. Die Übertragung des Sicherstellungsauftrags an das planende und organisierende Gremium erscheint folgerichtig. Inwiefern Bestandteile des Sicherstellungsauftrags dabei im Rahmen der Ausschreibungen auf die Leistungserbringer übergehen, hängt von der Ausgestaltung ab. Die Auslegung und Zuordnung des Sicherstellungsauftrags wird in Zukunft ohnehin flexibler zu handhaben sein, wie auch die angedachte Reform der Notfallversorgung zeigt.

Der Aufbau völlig neuer Strukturen z. B. für die Abrechnung wird angesichts der großen organisatorischen Umwälzungen und des benötigten starken Kapazitätsaufbaus hingegen nur schwer zu begründen sein. Zielführender ist es, die Aufgabenvielfalt der KVen auch im fachärztlichen Sekundärbereich beizubehalten. Hierfür ist jedoch ein Wandel von einer vertragsärztlichen Interessenvertretung zur gleichberechtigten Berücksichtigung aller dort Teilnehmenden notwendig – ein schwieriges Unterfangen.

Eine gewisse institutionelle Konstanz würde aber dem Sachverhalt Rechnung tragen, dass zahlreiche Regelungskreise außerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung gesetzgeberisch bedacht werden müssen. So gewährleisten die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die KVen die Versorgung u. a. gegenüber den Unfallversicherungsträgern, der Bundespolizei oder im PKV-Basistarif.

Ökonomisch sind durch eine schrittweise Einführung, bei der zunächst die bisher unterschiedlich vergüteten Bereiche an der ambulanten-stationären Schnittstelle unter einheitlichen Rahmenbedingungen zusammengeführt

⁷ Die mittlerweile breit diskutierte und sinnvolle stärkere Finanzierung von Vorhaltekosten (Milstein und Schreyögg 2020) könnte – solange diese nicht als weiterer Zuschlag auf den Fallwert enden soll – auch im stationären Bereich veränderte Abrechnungsprozesse benötigen.

werden, kaum Verwerfungen zu erwarten. Bei der anschließenden sukzessiven Ausweitung auf die fachärztliche Versorgung und potenziell ambulantisierbare stationäre Leistungen ist eine Bereinigung der Budgets voraussichtlich mit relativ geringem Aufwand umsetzbar. Denn in der vertragsärztlichen Versorgung werden bereits Honorartöpfe entlang der ärztlichen Fachgruppen gebildet, in der stationären Versorgung werden die Budgets leistungsbaasiert vereinbart.

Versorgungspolitisch sind noch viele Fragen (was wären z. B. die Folgen für den Zulassungsprozess?) zu klären. Deren Beantwortung wird von der konkreten Ausgestaltung abhängen. Absehbar ist, dass bestimmte Aufgaben wie die Definition der Versorgungsaufträge zentralisiert werden. Der lokale Versorgungskontext wird im Rahmen der Anpassung und Ausschreibung durch regionale Gremien berücksichtigt werden. Herausfordernd wird es dabei sein, in den Ausschreibungen die Balance zwischen dem notwendigen Nachweis qualitativer Anforderungen und einer überbordenden Bürokratie – wie z. B. in der ASV – zu finden.

An vielen Stellen kann aber auch eine Entschlackung bisheriger Prozesse erfolgen. Die ambulanten Leistungen im Krankenhaus werden in einem Rechtsrahmen vereinheitlicht. Bisher gesetzlich zu berücksichtigende, aber methodisch kaum belastbar zu bestimmende Aspekte wie die Verlagerungseffekte zwischen den Sektoren entfallen weitgehend. Die vorgeschlagene Strukturierung der Versorgungsaufträge kann auch den Übergang zu umfassenderen Vergütungsformen wie z. B. *bundled payments* erleichtern.

Durch die explizite Vorgabe eines Leistungsumfangs und einer zu versorgenden Versichertenpopulation wird es außerdem erschwert vornehmlich ausgewählte, finanziell besonders attraktive Leistungen zu erbringen. Mittels der Definition leistungsorientierter Versorgungsaufträge kann somit dem steigenden Interesse institutioneller Investoren an der Gesundheitsversorgung begegnet und ein faires Wettbewerbsumfeld geschaffen werden.

11.2.2 Versorgungssteuerung

Die einleitend skizzierten Versorgungsdefizite werden letztlich nicht allein durch eine veränderte Planung und veränderte finanzielle Anreize behoben werden können. Um langfristig Verbesserungen der Versorgung zu erreichen, müssen darüber hinausgehende Maßnahmen getroffen werden. Ein wesentlicher, aber bisher vernachlässigter Bestandteil der Versorgung ist dabei deren Koordination. Im Folgenden sollen ausgewählte Bereiche dargestellt werden, in denen eine Verbesserung der sektorenübergreifenden Versorgungssteuerung erreicht werden könnte.

■ ■ Koordinierte Behandlungsverläufe und Fallmanagement

Die koordinative Verantwortung für den Behandlungsprozess wird international als Kernbestandteil der primärmedizinischen Versorgung gesehen. Durch die navigierende Unterstützung und die Kommunikation mit anderen Versorgungsebenen kann eine starke Primärversorgung die unnötige Inanspruchnahme teurer, nachgelagerter Versorgungsstrukturen vermeiden und zur Effizienz des Gesundheitssystems beitragen (OECD 2020).

In Deutschland ist die „Koordination diagnostischer, therapeutischer und pflegerischer Maßnahmen“ Teil der hausärztlichen Versorgung (§ 73 Abs. 1 Nr. 2 SGB V). Angesichts der international unüblichen starken Arztzentrierung erscheint die organisatorische Weiterentwicklung hin zu Primärversorgungspraxen bzw. -zentren notwendig, die in größeren, multiprofessionellen Strukturen die kontinuierliche und koordinierte Versorgung der Patientinnen und Patienten sicherstellen (siehe SVR 2009, Ziffer 1153 ff. für eine genauere Ausearbeitung). Dieses Modell wird auch von der OECD als aussichtsreich bewertet, um den zukünftigen Ansprüchen an die Versorgung gerecht zu werden (OECD 2020). Im Optimalfall wären diese Praxen/Zentren in größere Versorgungnetzwerke wie z. B. Praxisnetze nach § 87b Abs. 2 SGB V (SVR 2018, Ziffer 628 ff.) ein-

gebunden und könnten auf dieser Grundlage eine umfassende koordinierende Rolle des gesamten Versorgungsprozesses wahrnehmen.

In solchen Strukturen könnte durch den Einsatz von Patientenlotsen ein Fallmanagement als zusätzliches Angebot für ausgewählte Zielgruppen sinnvoll sein. Gemäß dem Konzept von Braeseke et al. (2018) würden vor allem vulnerable Personengruppen mit komplexen Versorgungsbedarfen und besonderem Unterstützungsbedarf durch die Hilfsangebote beraten und begleitet. Mithin geht es dabei nicht um zusätzliche medizinische Leistungen, sondern um eine individuelle und bedarfsgerechte Steuerung durch das Gesundheitssystem.

■ ■ Transparenz

Selbst für die qualifizierteste Fachkraft stellt der Überblick über die zunehmend differenzierten Versorgungs- und Unterstützungsmöglichkeiten eine große Herausforderung dar. Anspruch auf Hilfestellung in Form von Patientenlotsen wird aber vornehmlich für Personengruppen mit besonderem Unterstützungsbedarf diskutiert. Die Erweiterung der Behandlungsoptionen und -angebote sowie die Orientierung an einer patientenzentrierten Versorgung verursacht aber auch für den durchschnittlichen Patienten höheren Informationsbedarf (SVR 2018, Ziffer 729 ff.). Am Beispiel der Notfallversorgung zeigt sich, dass in der Bevölkerung eine flächendeckende Unkenntnis über die vorgesehenen Versorgungspfade vorherrscht (siehe den Beitrag von Messerle et al., ► Kap. 3 in diesem Band). Daher werden Maßnahmen benötigt, um die Transparenz über die Versorgung insgesamt zu erhöhen. Mit dem nationalen Gesundheitsportal wurden in einem ersten Schritt Informationen über Diagnosen, Therapien und allgemein zum Gesundheitswesen zusammengeführt. Es bedarf darüber hinaus größerer Transparenz über das konkrete Angebot sowie die Qualität von Leistungserbringern und Krankenkassen.⁸

Zusätzlich benötigen Patientinnen und Patienten Hilfestellungen für ihre individuelle Situation, z. B. zu weiteren Versorgungsschritten. Hierbei kann das Versorgungsmanagement durch integrierte Versorgungspfade unterstützt werden. Dies sind multidisziplinäre Pläne für Patienten mit ähnlichen Diagnosen oder Symptomen und deren zu erwartende Versorgung. Durch solche Schemata kann bei vorhersehbaren Behandlungspfaden sichergestellt werden, dass relevante Behandlungen zeit- und leitliniengerecht erfolgen (Allen et al. 2009). Außerdem besitzen sie das Potenzial, die kooperative Versorgung zu stärken, da eine klare Aufgaben- und Rollenverteilung möglich ist.

Perspektivisch können insbesondere datengetriebene Versorgungspfade die Koordination der Versorgung deutlich erleichtern. Basierend auf Abrechnungsdaten und den Daten elektronischer Patientenakten würden übliche Behandlungsabläufe identifiziert und anschließend medizinisch verifiziert. Die digitalen Versorgungspfade könnten von den koordinierenden Leistungserbringern mit geringen Aufwand ausgewählt und anschließend automatisiert nachverfolgt werden. Bei unvorhergesehenen Abweichungen in den individuellen Versorgungswegen – z. B. bei nicht zeitgerechter Durchführung weiterer Abklärungen – würden die Koordinierungsverantwortlichen benachrichtigt. Die bedarfsgerechte Koordination der Versorgung könnte umfassend ausgeweitet werden, ohne dass die personellen und finanziellen Ressourcen übermäßig beansprucht würden. Im Zusammenspiel mit der Erfassung patientenbezogener Ergebnisindikatoren würden sie weiterentwickelt und individualisiert. Zur Förderung der Nutzung wären Koordinationspauschalen zu vergüten und an die Einrichtung, Anpassung und Nachverfolgung von Behandlungspfaden zu binden.

Vor allem im internationalen Krankenhausumfeld werden datengetriebene Versorgungspfade bereits eingesetzt (Kempa-Liehr et al. 2020). Obwohl viele Studien eine Verbesserung der Behandlungsergebnisse nach der Implementierung von IT-gestützten Versorgungspfaden berichten, werden eindeutige Schlüsse

8 Wie im Gesetz zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung zum Teil angelegt.

noch durch methodische Schwächen erschwert (Neame et al. 2019).

■ ■ Digitalisierung der Versorgung

Ohne Verbesserungen im Bereich der Digitalisierung wie z. B. die vollständige Einführung einer elektronischen Patientenakte und deutlich verkürzte Intervalle bis zur Datenverfügbarkeit werden nahtlose Übergänge und versorgungsbruchfreie Behandlungspfade kaum umsetzbar sein. Denn sowohl im stationären (Stephani et al. 2019) als auch im niedergelassenen Bereich ist der Digitalisierungsgrad niedrig. Ob mit Kollegen, Krankenhäusern, Krankenkassen oder Patienten – immer noch erfolgt der Großteil der ärztlichen Kommunikation papiergetrieben. Trotz dieser Rückstände ist der Wunsch nach einem Ausbau digitaler Angebote übersichtlich. Nur knapp die Hälfte aller Ärzte wünscht sich z. B. einen digitalen Medikationsplan oder elektronische Bescheinigungen (KBV 2020d). In Deutschland stellt sich daher erst mittelfristig die Frage, welches Potenzial über Apps, künstliche Intelligenz etc. gehoben werden könnte. Zuvor müssen grundlegende Prozesse digital ausgestaltet werden, um den hohen Kommunikationsaufwand zu senken bzw. an vielen Stellen die Kommunikation überhaupt zu ermöglichen und eine lückenlose Dokumentation zu gewährleisten. Internationale Erkenntnisse legen nahe, dass der digitale medizinische Datenaustausch Qualität und Kosteneffizienz verbessern kann (Menachemi et al. 2018).

In Deutschland wurde die mangelnde Digitalisierung hingegen einmal mehr während der Corona-Pandemie deutlich. Meldungen an Gesundheitsämter, Informationen zum Versorgungsgeschehen wie die Anzahl durchgeführter Tests oder die Meldung freier Kapazitäten hätten bei einem höheren Grad der Digitalisierung deutlich reibungsloser und schneller erfolgen können. Für die Krankenhäuser soll die digitale Ausstattung der Krankenhäuser mit dem Krankenhauszukunftsgesetz nun über den Strukturfonds gefördert werden. Für das Fortschreiten der Digitalisierung im niedergelassenen Bereich wären ähnliche Überlegungen

wünschenswert, um Streitereien zur Finanzierungsverantwortung aufzulösen und die u. a. daraus resultierende langwierige Einführung zu beschleunigen.

■ ■ Kooperative Strukturen

Viele der zukünftigen Herausforderungen werden für den einzelnen Leistungserbringer mit hohem Aufwand verbunden sein, die Digitalisierung ist hier nur ein Beispiel. Auch für die Angebotsplanung sind Verbund- und Netzwerkstrukturen notwendig, da kleinteilige Vergaben mit höherem Aufwand einhergehen und zu einer zersplitterten Versorgung führen können. Größere, multiprofessionelle Strukturen sind daher nicht nur für den primärärztlichen Bereich wünschenswert. Die Zusammenarbeit innerhalb der Ärzteschaft sowie zwischen verschiedenen Professionen ist in Deutschland bisher aber nicht ausreichend, um den zukünftigen demographischen und strukturellen Herausforderungen gerecht zu werden (Dreier et al. 2012). Auf welche Widerstände die Übertragung ärztlicher Aufgaben auf andere Berufsgruppen in der Praxis trifft, zeigen exemplarisch die Diskussionen um erweiterte Befugnisse der Notfallsanitäter (siehe ► Kap. 3).

Auch innerhalb der Ärzteschaft nimmt die Bedeutung kooperativer Strukturen nur auf den ersten Blick zu. Zwar war fast die Hälfte der Ärzteschaft 2018 in Berufsausübungsgemeinschaften (BAG) oder medizinischen Versorgungszentren (MVZ) tätig (KBV 2020b) – BAG mit sinkendem, MVZ mit steigendem Anteil. 90 % der BAG sind aber fachgleich; deutschlandweit gibt es nur etwas über 1.000 fach- oder versorgungsbereichsübergreifende Praxen (KBV 2020a). Der starke Anstieg fachgleicher MVZ-Gründungen (SVR 2018, Ziffer 620 f.) und die Umfragen zur Gründungsmotivation (KBV 2016) lassen ebenso daran zweifeln, dass diese „kooperativen Strukturen“ hauptsächlich für die bessere Zusammenarbeit gebildet werden. Stattdessen könnten finanzielle und organisatorische Gründe im Vordergrund stehen.

Andererseits gewann die Vernetzung über Praxisnetze in den letzten Jahren an Bedeutung

(SVR 2018, Ziffer 628 ff.). Die von der Bundesregierung beabsichtigte „Neujustierung der interprofessionellen Zusammenarbeit“ (Osterloh 2020) könnte zusätzlich Impulse setzen. Diese sind dringend notwendig, um die ambulanten und stationären Strukturen auf die zukünftige Versorgung vorzubereiten.

11.2.3 Versorgungsmanagement der Krankenkassen

Um in diesen Bereichen – und darüber hinaus – für den regionalen Kontext geeignete Maßnahmen auszuwählen und in der Praxis umzusetzen, ist eine stärkere Einbindung der Krankenkassen in die Versorgungssteuerung notwendig. Kollektivvertragliche Verhandlungen sind zumeist eher schwerfällig und aufgrund der auseinanderliegenden Interessen wird oft nur der kleinste gemeinsame Nenner erreicht. Es ist daher gut vorstellbar, Versorgungsaufträge an die Krankenkassen zu übertragen, die sie durch selektivvertragliche Vereinbarungen mit Leistungserbringern ausgestalten müssten. Besondere Bereiche wie die Notfallversorgung oder die Versorgung seltener Erkrankungen wären hiervon auszunehmen. Für andere Leistungen wären insbesondere in urbanen Verdichtungsräumen aber ausreichend Kapazitäten vorhanden, um einen funktionierenden Wettbewerb zu ermöglichen.

In von Unterversorgung bedrohten Regionen ist ein Wettbewerb zwischen Leistungserbringern unwahrscheinlich. Diese Regionen werden von Forderungen nach mehr Wettbewerb oft ausgenommen (Jacobs 2020), unter anderem da die Niederlassungsentscheidung der Ärztinnen und Ärzte stark von sozialen und strukturellen, für die Gesundheitsversorgung also externen Faktoren, abhängt (Stengler et al. 2012). Auch dort ist Wettbewerb zwischen Krankenkassen aber grundsätzlich möglich, wenn ihnen eine größere Rolle in der Organisation der Versorgung übertragen würde. Die Krankenkasse, die in geeigneter Weise Anreize für eine angemessene Versor-

gung setzt und zusätzliche Leistungserbringer kontrahiert (oder z. B. telemedizinische Kapazitäten sicherstellt), besäße eine starke Anziehungskraft für die ansässigen Versicherten. Es müssten aber – so gesellschaftlich gewollt – entsprechende Anreize gesetzt werden, um die Versorgung unterversorgter Gebiete sowohl für Leistungserbringer als auch Krankenkassen attraktiv zu gestalten.

Ein aktives Versorgungsmanagement und die damit einhergehende Übernahme des Sicherstellungsauftrags durch die Krankenkassen sollten einflussreiche Wettbewerbsparameter darstellen. Der kollektive Kontrahierungszwang und das (bisher) strenge Wirtschaftlichkeitsgebot der selektiven Verträge bilden in der Praxis aber kaum geeignete Rahmenbedingungen für einen echten Vertragswettbewerb. Den Leistungserbringern steht die „kollektive Hängematte“ (Jacobs 2020, S. 27) als Rückfalloption zur Verfügung, sodass selektivvertragliche Lösungen in der Regel zusätzliche Vergütung bedeuten. Allerdings wird, solange beide vertraglichen Möglichkeiten parallel bestehen, stets ein Spagat zwischen der Sicherstellung kollektiver Versorgungsaufträge auf der einen und den selektiven Wettbewerbsmöglichkeiten auf der anderen Seite notwendig sein.

Für die Krankenkassen bestehen derzeit kaum Anreize, sich im Markt mit besonderen Versorgungsangeboten zu differenzieren (Schreyögg 2019). Einerseits wird befürchtet, eher die „falschen“ Versicherten zu attrahieren, was mit finanziellen Nachteilen im Risikostrukturausgleich (RSA) verbunden wäre. Andererseits sind die Gestaltungsspielräume der Krankenkassen oft auch zu eingeschränkt, um eine echte Differenzierung im Wettbewerb zu erreichen. Die geringen finanziellen Anreize im Morbi-RSA, u. a. zur Gesundheitsprävention bzw. zur Gesunderhaltung der Versicherten (Monopolkommission 2019), erschweren die Ausschöpfung des Potenzials von Selektivverträgen weiter. Mit dem Versorgungsverbesserungsgesetz sollen daher die Rahmenbedingungen ab 2021 verbessert werden. So werden z. B. der separate Wirtschaftlichkeitsnachweis bei Verträgen nach § 140a SGB V gestrichen

und die Spielräume der Krankenkassen erweitert. Darauf aufbauend sollte auch der weitere ordnungspolitische Rahmen umgebaut werden. Andere Versorgungsformen wie Disease-Management-Programme sollten ebenfalls liberalisiert werden. Stärkere Anreize – anstelle gesetzlicher Verpflichtungen – sollten das Abschließen integrierter (populationsorientierter) Versorgungsprogramme fördern (Schreyögg 2019).

Denn die fokussierte und durchdachte Ausgestaltung ist für den Erfolg der Versorgungsprogramme wesentlich, wie die wissenschaftliche Literatur zeigt. Die heterogenen Ergebnisse bisheriger Projekte (z. B. Milstein und Schreyögg 2016) unterstreichen, dass bei der Ausgestaltung der Anreizstrukturen besondere Aufmerksamkeit geboten ist und Reformen im lokalen Kontext betrachtet werden müssen. Verschiedenste Faktoren motivieren und befähigen Leistungserbringer, eine qualitativ hochwertige und dabei kosteneffiziente Versorgung zu erbringen. Der Erfolg einer Maßnahme hängt also nicht nur von der Art und Höhe des finanziellen Anreizes ab, sondern auch von den Begleitumständen (Emanuel et al. 2016). Verhaltensökonomische Prinzipien könnten so zu einer verbesserten Anreizsetzung beitragen. Erstens werden Individuen von dem Vergleich ihrer Leistung zu anderen beeinflusst. Soziales Benchmarking kann so bei geeigneter Ausgestaltung Verhaltensanreize setzen. Zweitens haben Zeitpunkt und Art einer Vergütung Einfluss auf deren Wahrnehmung. Gehen Bonuszahlungen in den allgemeinen Wirrungen eines (Monate später erhaltenen) Honorarbescheides unter, werden sie vermutlich keine Auswirkung auf das Verhalten haben. Drittens sollten angepasste prozessuale Abläufe die Orientierung an der Qualität als Standard vorsehen und nicht als besonderen, mit Mühen verbundenen separaten Versorgungszweig (Emanuel et al. 2016). Insbesondere bei dem Versuch, die Koordinierung der Versorgung zu verbessern, muss außerdem zwischen der Anreizwirkung auf einzelne Leistungserbringer und auf deren Gruppen unterschieden werden (Heider und Mang 2020). Maßnahmen, die nicht nur auf

monetäre Faktoren fokussieren, könnten dabei insgesamt effektiver in der Zielerreichung sein (Lagarde et al. 2019; Phipps-Taylor und Shortell 2016).

Verträge, die ausschließlich zur Einhaltung gesetzlicher Pflichten vereinbart werden, haben vor diesem Hintergrund wenig Aussicht auf längerfristigen Erfolg. Gestaltungswille lässt sich nicht verordnen. Daher ist auch das verpflichtende Angebot einer hausarztzentrierten Versorgung (§ 73b Abs. 1 SGB V) wenig zielführend. Eine stärkere Rolle der primärärztlichen Versorgung ist zweifelslos notwendig, aber durch den derzeitigen Vereinbarungszwang werden eher Pro-forma-Abschlüsse mit fraglichem Nutzen als sinnvolle und zielgerichtete Versorgungsangebote geschaffen.

Letztendlich müssen Freiräume geschaffen werden, in denen sich aussichtsreiche Versorgungsmodelle ergeben können. Transparenz über die Versorgung vorausgesetzt, sollten qualitative und finanzielle Vorteile für die Durchsetzung koordinierter und integrierter Versorgungsmodelle ausreichen.

11.3 Fazit

Seit Jahrzehnten versucht die Gesundheitspolitik mit verschiedensten Maßnahmen die Auswirkungen der sektoralen Trennung im Gesundheitswesen abzumildern. Keine der Initiativen vermochte es bisher, ein kohärentes Konzept mit einem konsequenten sektorenübergreifenden Versorgungsansatz zu etablieren. Als Folge der vielfältigen Einzelmaßnahmen weist der Bereich an der ambulant-stationären Schnittstelle inzwischen ein beachtliches Volumen von etwa 8 bis 9 Mrd. € auf. Perspektivisch sollte dieses Leistungsvolumen in einen fachärztlichen sektorengleichen Sekundärbereich übergeleitet werden. Um den Übergang zu einem solchen dreigliedrigen Versorgungssystem einzuleiten, sind verschiedene Schritte notwendig.

Eine sektorenübergreifende, morbiditäts- und leistungsorientierte Versorgungsplanung

aus einer Hand muss für alle Versicherten den Zugang zu einer qualitätsgesicherten und effizienten Versorgung gewährleisten. Im fachärztlichen Sekundärbereich müssen gemeinsame Rahmenbedingungen und ein einheitliches sektorengleiches Vergütungssystem einen fairen Wettbewerb zwischen Krankenhäusern und niedergelassenen Ärzten erlauben. Schließlich müssen weitere Maßnahmen die Kooperation der Sektoren anreizen und koordinierte Behandlungsabläufe sicherstellen. Mehr Freiräume für eine aktive Versorgungssteuerung der Krankenkassen – anstelle immer detaillierter gesetzlicher Verpflichtungen – könnten einen Wettbewerb der Ideen initiieren und an den lokalen Kontext angepasste Versorgungsmodelle hervorbringen. Transparenz über die Versorgung vorausgesetzt, sollten qualitative und finanzielle Vorteile für den Erfolg dieser Modelle ausreichen.

Literatur

- Allen D, Gillen E, Rixson L (2009) Systematic review of the effectiveness of integrated care pathways: what works, for whom, in which circumstances? *Int J Evid Based Healthc* 7:61–74. <https://doi.org/10.1111/j.1744-1609.2009.00127.x>
- Augurzy B, Busse R, Gerlach F, Meyer G (2020) Richtungspapier zu mittel- und langfristigen Lehren. Zwischenbilanz nach der ersten Welle der Corona-Krise 2020
- BMG (Bundesministerium für Gesundheit) (2020a) Fortschrittsbericht der Bund-Länder-AG „sektorenübergreifende Versorgung“
- Bundesministerium für Gesundheit (2020b) Verordnung zur Neufassung der Datentransparenzverordnung und zur Änderung der Datentransparenz-Gebührenverordnung
- Braeseke G, Huster S, Pflug C, Rieckhoff S, Strötchen J, Nolting H-D, Meyer-Rötz SH (2018) Studie zum Versorgungsmanagement durch Patientenlotsen. Abschlussbericht für die Beauftragte der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten
- Brandhorst A (2017) Kooperation und Integration als Zielstellung der gesundheitspolitischen Gesetzgebung. In: Brandhorst A, Hildebrandt H, Luth E-W (Hrsg) *Kooperation und Integration – das unvollendete Projekt des Gesundheitssystems*. Springer, Wiesbaden, S 13–30
- Dafny LS (2005) How do hospitals respond to price changes? *Am Econ Rev* 95:1525–1547. <https://doi.org/10.1257/000282805775014236>
- Destatis (Statistisches Bundesamt) (2018) Krankenhausstatistik – Grunddaten der Krankenhäuser und Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen. www.gbe-bund.de (Gesundheitsversorgung > Beschäftigte und Einrichtungen der Gesundheitsversorgung > Krankenhäuser > Intensivmedizinische Versorgung in Krankenhäusern, u. a. nach Krankenhausmerkmalen)
- Destatis (Statistisches Bundesamt) (2019) Vollstationäre Patientinnen und Patienten in Krankenhäusern (DRG-Statistik, Eckdaten). www.gbe-bund.de (Datenquellen des Statistischen Bundesamtes > Datenquelle: DRG-Statistik PEPP-Statistik)
- Deutsches Ärzteblatt (2020) Söder: Deutsches Gesundheitssystem muss nach Corona reformiert werden. <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/111878/Soeder-Deutsches-Gesundheitssystem-muss-nach-Corona-reformiert-werden>. Zugegriffen: 3. Sept. 2020
- DKG (Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V.) (2019) Bestandsaufnahme zur Krankenhausplanung und Investitionsfinanzierung in den Bundesländern (Stand: Dezember 2019)
- Dreier A, Rogalski H, Oppermann RF, Hoffmann W (2012) Delegation und Substitution spezifischer medizinischer Tätigkeiten als künftiger Versorgungsansatz. *Z Evid Fortbild Qual Gesundhwes* 106:656–662. <https://doi.org/10.1016/j.zefq.2012.10.001>
- Emanuel EJ, Ubel PA, Kessler JB, Meyer G, Muller RW, Navathe AS, Patel P, Pearl R, Rosenthal MB, Sacks L, Sen AP, Sherman P, Volpp KG (2016) Using Behavioral Economics to Design Physician Incentives That Deliver High-Value Care. *Ann Intern Med* 164:114–119. <https://doi.org/10.7326/M15-1330>
- Friedlander DF, Krimphove MJ, Cole AP, Marchese M, Lipsitz SR, Weissman JS, Schoenfeld AJ, Ortega G, Trinh Q-D (2019) Where Is the Value in Ambulatory Versus Inpatient Surgery? *Ann Surg*. <https://doi.org/10.1097/SLA.0000000000003578>
- Friedrich J, Tillmanns H (2016) Ambulante Operationen im Krankenhaus. In: Klauber J, Geraedts M, Friedrich J, Wasem J (Hrsg) *Krankenhaus-Report 2016*. Schwerpunkt: Ambulant im Krankenhaus. Schattauer, Stuttgart, S 127–147
- G-BA (Gemeinsamer Bundesausschuss) (2019) Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Bedarfsplanungs-Richtlinie: Änderungen zur Weiterentwicklung der Bedarfsplanungs-Richtlinie
- G-BA (Gemeinsamer Bundesausschuss) (2020) ESV – Einheitliche, Sektorengleiche Vergütung – G-BA Innovationsfonds. <https://innovationsfonds.g-ba>

- [de/projekte/versorgungsforschung/esv-einheitliche-sektorengleiche-verguetung.329](#). Zugriffen: 1. Juli 2020
- Goffrier B, Czihal T, Holstiege J, Steffen A, Schulz M, Hering R, Erhart M, von Stillfried D, Bätzing J (2018) Der Sektorenindex (SIX) – eine Kenngröße zur Darstellung der Wechselwirkungen zwischen ambulanter und stationärer Versorgung auf Kreisebene. Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland, Berlin
- Heider A-K, Mang H (2020) Effects of Monetary Incentives in Physician Groups: A Systematic Review of Reviews. *Appl Health Econ Health Policy*. <https://doi.org/10.1007/s40258-020-00572-x>
- Jacobs K (2020) Vertragswettbewerb: Neustart geboten. *G&S Gesundheits- Sozialpolitik* 74:24–28. <https://doi.org/10.5771/1611-5821-2020-1-24>
- Karagiannidis C, Kluge S, Riessen R, Krakau M, Bein T, Janssens U (2019) Auswirkungen des Pflegepersonal mangels auf die intensivmedizinische Versorgungskapazität in Deutschland. *Med Klin Intensivmed Notfmed* 114:327–333. <https://doi.org/10.1007/s00063-018-0457-3>
- KBV (Kassenärztliche Bundesvereinigung) (2016) 4. MVZ Survey der KBV
- KBV (Kassenärztliche Bundesvereinigung) (2019) Entwicklungen der Medizinischen Versorgungszentren; Statistische Informationen zum Stichtag 31.12.2018
- KBV (Kassenärztliche Bundesvereinigung) (2020a) KBV-Gesundheitsdaten; Anzahl Praxen nach Praxisart. <https://gesundheitsdaten.kbv.de/cms/html/17020.php>. Zugriffen: 15. Juli 2020
- KBV (Kassenärztliche Bundesvereinigung) (2020b) KBV-Gesundheitsdaten; Mehr Ärzte in kooperativen Strukturen. <https://gesundheitsdaten.kbv.de/cms/html/17019.php>. Zugriffen: 25. Juni 2020
- KBV (Kassenärztliche Bundesvereinigung) (2020c) KBV-Gesundheitsdaten; Vertragsärztliche Versorgung – Teilnahmestatus. <https://gesundheitsdaten.kbv.de/cms/html/16399.php>. Zugriffen: 9. Juni 2020
- KBV (Kassenärztliche Bundesvereinigung) (2020d) Praxisbarometer Digitalisierung 2020
- Kempa-Liehr AW, Lin CY-C, Britten R, Armstrong D, Wallace J, Mordaunt D, O'Sullivan M (2020) Healthcare pathway discovery and probabilistic machine learning. *Med Inf* 137:104087. <https://doi.org/10.1016/J.IJMEDINF.2020.104087>
- KOMV (2019) Empfehlungen für ein modernes Vergütungssystem in der ambulanten ärztlichen Versorgung; Bericht der Wissenschaftlichen Kommission für ein modernes Vergütungssystem – KOMV (Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit)
- KV Nordrhein (2019) Ausschreibung eines Versorgungsauftrages im Rahmen des Programms zur Früherkennung von Brustkrebs durch Mammographie-Screening, Screening-Einheit NO10 „Kleve, Wesel“
- Lagarde M, Huicho L, Papanicolas I (2019) Motivating provision of high quality care: it is not all about the money. *BMJ* 366:15210. <https://doi.org/10.1136/bmj.15210>
- Landtag BaWü (Landtag von Baden-Württemberg) (2020) Auswirkungen von Maßnahmen im Rahmen der Corona-Pandemie auf die finanzielle Lage der Universitätsklinika in Baden-Württemberg; Drucksache 16/8088
- Leber W-D, Wasem J (2016) Ambulante Krankenhausleistungen – ein Überblick, eine Trendanalyse und einige ordnungspolitische Anmerkungen. In: Klauber J, Geraedts M, Friedrich J, Wasem J (Hrsg) Krankenhaus-Report 2016. Schwerpunkt: Ambulant im Krankenhaus. Schattauer, Stuttgart, S 3–28
- Menachemi N, Rahrurkar S, Harle CA, Vest JR (2018) The benefits of health information exchange: an updated systematic review. *J Am Med Inform Assoc* 25:1259–1265. <https://doi.org/10.1093/jamia/ocy035>
- Milstein R, Schreyögg J (2016) Pay for performance in the inpatient sector: A review of 34 P4P programs in 14 OECD countries. *Health Policy* 120:1125–1140. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2016.08.009>
- Milstein R, Schreyögg J (2020) Bedarfsgerechte Gestaltung der Krankenhausvergütung – Reformvorschläge unter der Berücksichtigung von Ansätzen anderer Staaten (im Auftrag der Techniker Krankenkasse (TK). Hamburg, 17. August 2020)
- Monopolkommission (2019) Faire-Kassenwettbewerb-Gesetz: Gut, aber unvollständig. Policy Brief 3
- Neame MT, Chacko J, Surace AE, Sinha IP, Hawcutt DB (2019) A systematic review of the effects of implementing clinical pathways supported by health information technologies. *J Am Med Inform Assoc* 26:356–363. <https://doi.org/10.1093/jamia/ocy176>
- OECD (2020) Realising the Potential of Primary Health Care. OECD Health Policy Studies. OECD, OECD
- Osterloh F (2020) Ärztliche Leistungen – 2021 sollen Vorschläge für die Substitution vorliegen. *Dtsch Arztebl* 117:A 366
- Phipps-Taylor M, Shortell SM (2016) More Than Money: Motivating Physician Behavior Change in Accountable Care Organizations. *Milbank Q* 94:832–861. <https://doi.org/10.1111/1468-0009.12230>
- Quentin W, Busse R, Vogt V, Czihal T, Offermanns M, Grobe T, Focke K (2020) Entwicklung eines Systems zur Klassifikation des morbiditätsbezogenen Versorgungsbedarfs (PopGroup). *Gesundheitswesen aktuell*, Bd. 2020
- Rommel A, von der Lippe E, Pläß D, Wengler A, Anton A, Schmidt C, Schüssel K, Brückner G, Schröder H, Porst M, Leddin J, Tobollik M, Baumert J, Scheidt-Nave C, Ziese T (2018) BURDEN 2020 – Krankheitslast in Deutschland auf nationaler und regionaler Ebene. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz* 61:1159–1166. <https://doi.org/10.1007/s00103-018-2793-0>

- Schreyögg J (2019) Sektorenübergreifende Versorgung durch Versorgungsmanagement. In: Baas J, Amelung VE (Hrsg) Zukunft der Gesundheit. Vernetzt, digital, menschlich. Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin, S 275–289
- Schreyögg J, Bäuml M, Krämer J, Dette T, Busse R, Geissler A (2014) Forschungsauftrag zur Mengenentwicklung nach § 17b Abs. 9 KHG; Endbericht
- Schubert I, Ihle P, Köster I, Küpper-Nybelen J, Rentzsch M, Stallmann C, Swart E, Winkler C (2014) Datengutachten für das Deutsche Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI). Daten für die Versorgungsforschung. Zugang und Nutzungsmöglichkeiten
- Stengler K, Heider D, Roick C, Günther OH, Riedel-Heller S, König H-H (2012) Weiterbildungsziel und Niederlassungsentscheidung bei zukünftigen Fachärztinnen und Fachärzten in Deutschland. Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz 55:121–128
- Stephani V, Busse R, Geissler A (2019) Benchmarking der Krankenhaus-IT: Deutschland im internationalen Vergleich. In: Klauber J, Geraedts M, Friedrich J, Wasem J (Hrsg) Krankenhaus-Report 2019. Das digitale Krankenhaus. Springer, Berlin Heidelberg, S 17–32
- Sundmacher L, Schang L, Schüttig W, Flemming R, Frank-Tewaag J, Geiger I, Brechtel T (2018) Gutachten zur Weiterentwicklung der Bedarfsplanung iSd §§ 99 ff. SGB V zur Sicherung der vertragsärztlichen Versorgung (Im Auftrag des gemeinsamen Bundesausschusses)
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2007) Kooperation und Verantwortung – Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung. Nomos, Baden-Baden
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2009) Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens
- SVR (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen) (2018) Bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung; Gutachten 2018. Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin
- Uhlemann T, Lehmann K (2019) Reform der ambulanten Bedarfsplanung – Auf dem Weg zum Morbiditätsbezug? G&S Gesundheits- & Sozialpolitik 73:14–21. <https://doi.org/10.5771/1611-5821-2019-4-5-14>
- Walendzik A, Noweski M, Pomorin N, Wasem J (2019) Belegärztliche Versorgung: Historie, Entwicklungsdeterminanten und Weiterentwicklungsoptionen. Endbericht KBV-Projekt Belegärztliche Versorgung

Open Access Dieses Kapitel wird unter der Creative Commons Namensnennung 4.0 International Lizenz (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de>) veröffentlicht, welche die Nutzung, Vervielfältigung, Bearbeitung, Verbreitung und Wiedergabe in jeglichem Medium und Format erlaubt, sofern Sie den/die ursprünglichen Autor(en) und die Quelle ordnungsgemäß nennen, einen Link zur Creative Commons Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden.

Die in diesem Kapitel enthaltenen Bilder und sonstiges Drittmaterial unterliegen ebenfalls der genannten Creative Commons Lizenz, sofern sich aus der Abbildungslegende nichts anderes ergibt. Sofern das betreffende Material nicht unter der genannten Creative Commons Lizenz steht und die betreffende Handlung nicht nach gesetzlichen Vorschriften erlaubt ist, ist für die oben aufgeführten Weiterverwendungen des Materials die Einwilligung des jeweiligen Rechteinhabers einzuholen.