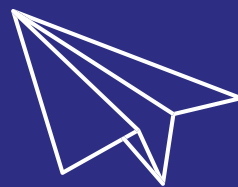


Diskussionspapier – Think Lab 5

Finanzierung und Ver- gütung eines nachhaltigen Gesundheitssystems – Ansätze und Möglichkeiten

Impulse von Expertinnen und Experten für die Reformwerkstatt
„Neustart!“ (September 2020)



Neustart! Reformwerkstatt für unser Gesundheitswesen

ist eine Initiative der Robert Bosch Stiftung GmbH. Sie bietet Bürgern und Experten die Möglichkeit, Impulse für unsere Gesundheitsversorgung zu setzen – mit Mut zu Reformen, für die Menschen und die Zukunft.

In der Erstellung und Vertiefung wissenschaftlicher Expertise kooperieren die Robert Bosch Stiftung und die Hertie School.

Die Initiative „**Neustart! Reformwerkstatt für unser Gesundheitswesen**“ soll Raum und Möglichkeiten eröffnen, eine Weiterentwicklung und Neuordnung unserer Gesundheitsversorgung zu skizzieren, um den zukünftigen Herausforderungen zu begegnen. Das Gesundheitssystem hat im Zuge des demografischen Wandels und des medizinischen Fortschritts mit sinkenden Einnahmen und steigenden Ausgaben zu kämpfen. Hinzu kommen die Folgen der Corona-Pandemie. Dennoch haben wir den Anspruch, weiterhin allen Menschen in Deutschland eine gute Gesundheitsversorgung zu ermöglichen.

Wir werden uns daher zukünftig vermehrt damit beschäftigen müssen, welche ökonomischen Modelle unsere Ziele am besten unterstützen und wie die Anreize dazu gesetzt werden können. Wesentliche Fragen des fünften Think Labs lauteten: Wie lässt sich das Gesundheitssystem der Zukunft finanzieren? Welche innovativen Finanzierungsmodelle gibt es? Wie viel sind uns Lebensqualität und Gesundheit wert? Welche Rolle können neue Vergütungsmodelle spielen? Wie können Über-, Unter- und Fehlversorgung vermieden werden?

Einführung

Das Gesundheitssystem in Deutschland hat im Zuge des demografischen Wandels und des medizinisch-technischen Fortschritts mit sinkenden Einnahmen und steigenden Ausgaben zu kämpfen. Die Gesundheitsausgaben in Deutschland steigen seit Jahren schneller als das Bruttoinlandsprodukt und die Löhne. Im Jahr 2018 betrug die Gesundheitsausgaben 390,8 Milliarden Euro bzw. 11,7 Prozent des Bruttoinlandsproduktes (Statistisches Bundesamt, 2021a). Die Gesundheitsausgaben je Einwohner betrug 2018 4.712 Euro und steigen durchschnittlich pro Jahr um ca. ein bis fünf Prozent (Statistisches Bundesamt, 2021a). Im internationalen Vergleich gibt kaum ein Land so viel Geld für das Gesundheitswesen aus wie Deutschland (World Health Organization, 2021). Die Corona-Pandemie wird die finanzielle Situation des Gesundheitswesens aufgrund erwarteter geringerer Steuereinnahmen, Mindereinnahmen in den Sozialversicherungen sowie Mehrbelastungen durch Kurzarbeitergeld sowie Hilfen zur Rettung von Unternehmen auf verschiedenen Ebenen verschärfen (Augurzky et al., 2020).

Der demografische Wandel wird insbesondere durch das prognostizierte wachsende Verhältnis der Bevölkerung über 65 Jahre relativ zu der jüngeren Bevölkerung unter 20 Jahren für die nächsten 10 Jahre erkennbar (Augurzky et al., 2020). Der medizinisch-technische Fortschritt wird insbesondere durch die stark wachsende Anzahl von (bio-)medizinischen und digitalisierten Technologien vorangetrieben (Böttinger & Putlitz, 2019). Weiterhin wächst im Zuge dieser Entwicklungen die Anzahl integrierter Versorgungsprogramme sowie die Möglichkeiten zur Personalisierung.

Im internationalen Vergleich ist das deutsche Gesundheitssystem sehr leistungsfähig (Busse & Blümel, 2014). Dennoch besteht vor diesem Hintergrund in der aktuellen Ausgestaltung für das deutsche Gesundheitssystem die Notwendigkeit, die Finanzierung und die Vergütung weiterzuentwickeln, um der Entwicklung von steigenden Ausgaben bei geringeren Einnahmen entgegenwirken zu können. Dadurch entstehen Fragen wie: Wie werden Leistungen in Zukunft erbracht? Wie werden neue Versorgungsformen, welche im Zuge der Digitalisierung und Integration von Versorgungsbereichen entstehen, finanziert und vergütet?

Methodik des Workshops

Am 3. und 4. September 2020 fand ein von der Hertie School und der Robert Bosch Stiftung organisierter zweitägiger wissenschaftlicher Workshop statt, zu dem sich die Teilnehmer persönlich in der Robert Bosch Stiftung in Berlin trafen. An diesem Workshop nahmen 25 Experten und Stakeholder aus dem Bereich des Gesundheitswesens in Deutschland teil. Der Workshop knüpfte an die Ergebnisse des vorangegangenen Workshops an, welche sich mit der Leistungserbringung, den Bedarfen der Bürger und Patienten von morgen, den zukünftigen Entwicklungen und den Schlüsselbereichen für eine Neuausrichtung auseinandergesetzt haben.

Aufgrund der zu erwartenden Finanzierungslücke im deutschen Gesundheitssystem ist davon auszugehen, dass die bestehenden Finanzierungs- und Vergütungsstrukturen für die Zukunft nicht ausreichend tragfähig sein werden. Die Lücke zwischen Einnahmen und Ausgaben entsteht insbesondere durch den demografischen Wandel, neue Versorgungsformen bezüglich Gen- und Biotechnologie sowie integrierter und digitaler Versorgung. Gleichzeitig verlagern sich Therapieangebote in den präventiven Bereich, deren Effekte auf die Ausgaben unklar sind. Deshalb ist es notwendig, Lösungsansätze für das deutsche Gesundheitswesen zur Nachjustierung der Regulierung zu entwickeln, welche diesen Entwicklungen begegnen können. Das Ziel ist, dass in Zukunft eine qualitativ hochwertige Gesundheitsversorgung bezahlbar und finanzierbar bleibt.

Im Rahmen des Workshops wurden die beiden Teilbereiche Finanzierung und Vergütung nicht unabhängig voneinander betrachtet. Fragen nach der Finanzierung von Gesundheitsleistungen beschäftigen sich primär mit der Frage, aus welchen Quellen und auf welche Art die finanziellen Mittel dafür erhoben werden, zum Beispiel über Steuern, Beiträge, Abgaben oder privat durch die Haushalte. Hierbei entstehen Fragen nach der Leistungs- und Verteilungsgerechtigkeit. Fragen nach der Vergütung beschäftigen sich damit, wie Leistungserbringer (Krankenhäuser, Ärzte, Apotheken) im Gesundheitswesen für ihren Aufwand in der Erbringung medizinischer Leistungen entschädigt werden. Dies geschieht zum Beispiel über Einzelleistungsvergütungen, Fallpauschalen oder Budgets. Die Anreize, welche durch die Vergütungsstruktur gesetzt werden, verändern in der Regel die Höhe der benötigten Mittel, d. h. die Höhe des Finanzierungsbedarfs für bestimmte Gesundheitsleistungen. Zudem ist die Vergütung von Leistungen an bestimmte Finanzierungsquellen geknüpft. Zum Beispiel werden Präventionsmaßnahmen für die Primärprävention überwiegend aus Steuern und zu einem kleinen Teil aus Krankenversicherungsbeiträgen finanziert.

Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer wurden über das Ziel des Workshops informiert und im Vorfeld eingeladen, im Rahmen einer Online-Befragung erste Einschätzungen und Bewertungen zur Weiterentwicklung von Finanzierung und Vergütung des Gesundheitssystems abzugeben. Die Umfrage wurde zwei Wochen vor dem eigentlichen Think Lab durchgeführt. Ziel dieser Voruntersuchung war es, eine geeignete Struktur für den Workshop zu entwickeln und erste Themen vorzuschlagen, die die ausführlichen Diskussionen während der Workshop-Tage leiten sollten. Die Befragung bestand im Wesentlichen aus vier Teilen:

1. Wichtigste Reformen zur Finanzierung des deutschen Gesundheitssystems
2. Wesentliche Hindernisse zur Umsetzung von Reformen
3. Generierung zusätzlicher Mittel zur Finanzierung des deutschen Gesundheitssystems
4. Effiziente und gerechte Verteilung von Mitteln innerhalb des Gesundheitssystems

Die Ergebnisse der Befragung wurden zusammengetragen und direkt in die Gruppendiskussionen an den Tagen des Workshops eingebracht. Im Rahmen des Workshops gab es zunächst fünf ausführliche Impulsreferate welche anschließend einzeln im Plenum diskutiert wurden:

1. Restrukturierung der Versorgungslandschaft (Prof. Dr. Jonas Schreyögg)
2. Krankenhausfinanzierung (Prof. Dr. med. Reinhard Busse)
3. Value Based Health Care (Dr. Zun-Gon Kim)
4. Regionalbudgets (Prof. Dr. Boris Augurzky)
5. Digitale Innovation in der Gesundheitsfinanzierung (Sascha Mundstein, Lina Behrens)

Anschließend diskutierten die Teilnehmer in vier Arbeitsgruppen mit den Schwerpunkten (1) Krankenhausfinanzierung, (2) Einkommensseite zur Finanzierung von Gesundheitsleistungen, Ressourcenallokation und Priorisierung, (3) Digitale Innovation in der Gesundheitsfinanzierung und (4) Vergütungsmodelle. Ziel der Arbeitsgruppen war es, Weiterentwicklungen des Gesundheitssystems bezüglich seiner Finanzierungsstruktur und damit einhergehenden Veränderungen in Vergütung und Versorgung, der Prävention von Krankheit und dem Umgang mit der zunehmenden Digitalisierung zu erarbeiten. Dabei sollten konkrete Lösungsansätze ausformuliert werden, die aufzeigen, welche Probleme durch den Lösungsansatz gelöst werden, wie der Lösungsansatz implementiert werden kann und mit welchen Ressourcen das Vorhaben finanziert wird. Idealerweise ergeben sich daraus Reformvorschläge für den politischen Willensbildungsprozess. Während des Workshops wurden Zwischenstände sowie die endgültigen Ergebnisse aus den Arbeitsgruppen im Plenum präsentiert und diskutiert. In den Workshops wurden die Fragen aus den Bürgerdialogen eingebracht, welche die Bereiche Finanzierung und Versorgung betrafen.

Notwendigkeit für Veränderungen in Finanzierung und Versorgung von Gesundheit und Gesundheitsleistungen

Eine Weiterentwicklung von Finanzierung und Vergütung von Gesundheitsleistungen ist aus mehreren Perspektiven notwendig. Dabei sind die Überlegungen nicht ausschließlich auf das System der gesetzlichen Krankenversicherung beschränkt, sondern umfassen alle die Gesundheit und die Gesundheitsversorgung betreffenden Bereiche, also insbesondere die öffentliche Gesundheit, die (Langzeit-)Pflege sowie die privatwirtschaftlich organisierte Krankenversicherung.

Der finanzielle Druck auf das Gesundheitssystem verschärft sich bei gleichzeitiger Über- und Unterversorgung in verschiedenen Leistungsbereichen.

Der Leistungsumfang und die Ausstattung des Gesundheitswesens befinden sich insgesamt auf sehr hohem Niveau. Jedoch gibt es Teilbereiche, bei denen eine andauernde Unterversorgung zu beobachten ist. Das bedeutet, dass der Umfang der angebotenen Leistungen nicht den medizinischen Bedarf deckt. Gleichzeitig gibt es Leistungsbereiche und Regionen, bei denen eine Überversorgung vorliegt. Dies bedeutet, dass die angebotenen medizinischen Leistungen in bestimmten Bereichen der ambulanten und stationären Versorgung über das Bedarfsgerechte hinausgehen. Dies beinhaltet auch die Frage, ob die ausgewählten Leistungen den Präferenzen der Patienten entsprechen und ob diese an der Entscheidung beteiligt sind (Klemperer, 2017). Außerdem spielt dabei die starke Trennung der Sektoren eine Rolle (Schang et al., 2020). Die Intensität des Versorgungsangebotes über die Regionen hinweg ist zudem sehr heterogen. So kommt es in manchen geografischen Gegenden zu einer (drohenden) Unterversorgung, insbesondere in den ländlichen Bereichen (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, 2018). In der ambulanten Versorgung ist zu erkennen, dass trotz einer sehr hohen Zahl von Ärztinnen und Ärzten im internationalen Vergleich (OECD, 2021), ihre Verteilung nicht unbedingt bedarfsgerecht erfolgt (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, 2014) und regional sehr unterschiedlich ausgeprägt ist (Mehring et al., 2017). So besteht insbesondere im ländlichen Raum ein Mangel an Ärztinnen und Ärzten. Laut Meinung der Experten fehlt ein ausreichendes Angebot für ambulantes Operieren.

Die parallele Über- und Unterversorgung wird gleichermaßen in der stationären Versorgung im Krankenhaus deutlich. Deren Ausgestaltung und der offene Zugang für die Patienten führen dazu, dass insgesamt sehr hohe Kapazitäten für die stationäre Versorgung von Patienten bestehen. Viele Leistungen, welche ambulant erbracht werden könnten, erfolgen im Krankenhaus. Insgesamt kommt es bei den vorhandenen Ressourcen zu starken Fehlallokationen. Weiterhin ist die Gesamtzahl der Krankenhäuser sehr hoch und durch eine große Anzahl im kleiner Krankenhäuser im ländlichen Bereich gekennzeichnet (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, 2018).

Die Vergütung von Leistungen richtet sich nach Menge und Versorgungsbereich und nicht nach Qualität.

Die vorhandenen Vergütungsstrukturen orientieren sich in der Regel nach der Menge der erbrachten Leistungen sowie nach dem Versorgungsbereich, in dem die Leistung erbracht wird und nicht nach der Qualität der erbrachten Leistung. Dies führt dazu, dass die vorhandenen Vergütungsstrukturen den Leistungserbringern starke Anreize bieten, Quantität vor Qualität ihrer Leistungen zu stellen. Die Vergütung durch Fallpauschalen (DRGs) im Krankenhaus hat in der Gesamtschau insbesondere die technische Effizienz sowie die Transparenz der stationären Leistungserbringung seit ihrer Einführung in Deutschland positiv beeinflusst. Die deutsche Variante hat den Nachteil, dass aufgrund des hohen Sachkostenanteils Anreize existieren, einen ambulant zu behandelnden Patienten stationär aufzunehmen, wenn dieser die Notaufnahme bzw. Rettungsstelle kontaktiert. Etwa 50 Prozent aller stationären Aufnahmen im Krankenhaus sind auf Notfälle, die anderen 60 Prozent auf elektive Eingriffe zurückzuführen, von denen ein Anteil ambulant behandelt werden könnte. (Krämer et al., 2017). Die hohe Menge an Krankenhausfällen und ambulanten Arztbesuchen (Deutschland befindet sich im internationalen Vergleich in der Spitzengruppe) führt zu einem Anstieg in den Ausgaben für die Gesundheitsversorgung. Insbesondere besteht in den Vergütungskatalogen keine Beziehung zur Qualität der Leistungserbringung.

Im internationalen Vergleich ist gleichermaßen eine starke Variation in der Indikationsstellung, der Ergebnisqualität und den Gesundheitsausgaben erkennbar. So variieren zum Beispiel die Kosten und die Sterberate im Krankenhaus bei einer Krebserkrankung über einzelne Länder stark (Bekelman et al., 2016). Deutschland liegt bei diesem und vielen anderen Vergleichen häufig im Mittelfeld. Innerhalb Deutschlands ist das Vergütungssystem so angelegt, dass Leistungen, welche gleichermaßen zur Heilung und Gesunderhaltung beitragen, unterschiedlich finanziert und vergütet werden, d. h. eine vergleichbare Leistung im ambulanten Bereich erfährt eine unterschiedlich hohe Vergütung im stationären Bereich. Dies hat zur Folge, dass gleiche Leistungen abhängig vom Vergütungskatalog unterschiedlich stark vergütet werden (Walendzik et al., 2009), so dass Anreize bestehen, diese nicht in einem für die Patienten optimalen Umfeld zu erbringen.

Über die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) und Pflegeversicherung findet eine umfangreiche Einkommensumverteilung statt.

Die Grundidee der bestehenden Sozialversicherungen besteht darin, dass die gezahlten Beiträge der erhaltenen Leistung entsprechen (Äquivalenzprinzip). Dies bedeutet, dass für den gleichen Beitrag die gleiche Leistung zu erwarten ist. In der GKV und in der Pflegeversicherung ist dieses Prinzip nicht vorhanden, so dass es innerhalb dieser Versicherungsbereiche zu einer Umverteilung der Einkommen kommt. Die Beiträge werden in diesen Teilen der Sozialversicherung nach der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit bemessen (Solidaritätsprinzip). Zukünftige Formen der Finanzierung des Gesundheitswesens müssen sich damit auseinandersetzen, inwieweit im Rahmen der Versicherung von Krankheits- und Pflegeleistungen eine Einkommensumverteilung stattfinden soll.

Fokus des Finanzierungs- und Vergütungssystems liegt auf der Heilung von Erkrankten und nicht auf Prävention.

Im Mittelpunkt des bestehenden Gesundheitssystems steht die Versorgung von Erkrankten und nicht die Vermeidung von Erkrankung, zum Beispiel in Form von Präventionsmaßnahmen. Dies wird deutlich am Verhältnis zwischen dem Anteil der Ausgaben für ärztliche und pflegerische Leistungen und Waren (80 Prozent aller Gesundheitsausgaben 2018) und dem Anteil der Ausgaben für präventive Maßnahmen (etwa 3 Prozent) (Statistisches Bundesamt, 2021b). Im derzeitigen Gesundheitssystem existieren wenige Anreize für die beteiligten Akteure, Präventionsmaßnahmen einzuführen, welche tendenziell weniger technologie- und ressourcenintensiv sind als kurative Maßnahmen. Leistungserbringer und die Industrie haben somit aufgrund des auf Behandlung von Krankheit orientierten Vergütungsrahmens wenig Anreize, Lösungen für präventive Maßnahmen zu etablieren. Auch für Krankenkassen ist die Berücksichtigung von präventiven Maßnahmen schwierig. Für viele langfristig wirtschaftlich sinnvolle Maßnahmen entstehen kurzfristig Mehrausgaben. Der Paradigmenwechsel wird hier durch eine mangelnde Evidenz bezüglich der Wirksamkeit von Präventionsmaßnahmen erschwert. Es fehlen Anreize zu einer umfassenden Evidenzgenerierung für potenziell sogar kosteneinsparende Präventionsmaßnahmen.

Erwartungshaltungen der Bürger bezüglich der Leistungsfähigkeit des Systems.

Die Bürger schätzen eine wohnortnahe Versorgung, die einen schnellen Zugang zum System gewährleistet. Dieser schnelle Zugang garantiert nicht immer eine hohe Qualität und es fehlt an Wissen, Qualitätsunterschiede in der Versorgung einschätzen zu können. Internationale Evidenz zeigt, dass Krankenhäuser mit höheren Behandlungsmengen zu einer besseren Behandlungsqualität beitragen (Thiemann et al., 1999). Auch für Deutschland wurde dieser Zusammenhang zumindest für komplexe Interventionen schon mehrfach nachgewiesen (Bolczek et al. 2020, Hentschker und Mennicken 2015). Ferner wurde gezeigt, dass Bürger für die Inanspruchnahme von Geburtshilfe grundsätzlich bereit sind, einen längeren Reiseweg für eine bessere Behandlungsqualität auf sich zu nehmen (Avdic et al., 2019). Der Fokus in der öffentlichen Diskussion auf den Zugang zur Versorgung hat zur Folge, dass eine starke Zentralisierung der (Krankenhaus-)versorgung in der Regel von den Bürgern nicht befürwortet wird, aus Sorge, dass dadurch eine wohnortnahe Versorgung nicht mehr gewährleistet werden kann.

Die Anforderungen an die finanzielle Ausstattung des Systems werden aufgrund von Digitalisierung und biotechnologischem Fortschritt zunehmen.

Die rasanten Veränderungen in den Möglichkeiten bezüglich digitaler Angebote in Bereichen der Prävention, der Medizin sowie der Biotechnologie stellen die Finanzierung und Vergütung von Gesundheitsleistungen und Prävention vor neue Herausforderungen. Es kommen digitale Leistungsangebote hinzu, die bisher nicht in den Vergütungsstrukturen abgebildet sind. Zudem findet derzeit ein Paradigmenwechsel statt, so dass in Zukunft die medizinische Versorgung vieler Krankheitsbilder zunächst digital stattfindet, bevor eine ambulante oder stationäre Betreuung erfolgt. Mit den seit September 2020 durch Ärzte auf Verordnung erhältlichen digitalen Gesundheitsanwendungen haben bereits erste Anwendungen Eingang in das deutsche Gesundheitssystem gefunden. Beispiele umfassen Versorgungsangebote zur Unterstützung von Migränepatienten (M-sense)¹ oder psychologische Online-Trainings (HelloBetter)². Die Herausforderung für das Gesundheitssystem besteht dabei in der Einbettung dieser neuen Versorgungsformen in das bestehende System. Nach Aussage der Experten sind ein Preisverfall und neue Geschäftsmodelle zu erwarten, die sich nicht einfach im Rahmen der bestehenden Vergütungskataloge abbilden lassen. Der Preisverfall ist durch den zu erwartenden hohen Wettbewerb und die geringen Skalierungskosten zu erwarten. Die Geschäftsmodelle unterscheiden sich, da sich neue Akteure, die sich bisher nicht an der Versorgung beteiligt haben, digitale Versorgungsangebote machen werden. Insgesamt ist durch die Vielfalt der zu erwartenden Angebote ein Anstieg des Finanzierungsbedarfs zu erwarten.

Neben dem Angebot neuer Behandlungs- und Versorgungsstrukturen bietet die Digitalisierung die Möglichkeit, Therapieerfolge und gesundheitliche Ergebnisse regelmäßig und niederschwellig zu messen. Dies eröffnet neue Möglichkeiten für eine erfolgsabhängige Vergütung (pay-for-performance). Die Digitalisierung bietet neue Möglichkeiten zur Steuerung von Patienten zwischen Leistungserbringern und Kostenträgern. Es entsteht die Möglichkeit für virtuelle Versorgungsstrukturen. Auf Bevölkerungsebene erfolgte die Einführung einer virtuellen Versorgungsstruktur im Vereinigten Königreich in der Stadt Wolverhampton bereits durch Babylon Health³.

Corona-Krise verstärkt in vielen Bereichen die bestehenden Herausforderungen.

Obwohl die andauernde Pandemie mit dem Coronavirus nicht im Fokus der Überlegungen stand, werden viele der genannten Herausforderungen durch die Pandemie verstärkt oder zeitlich vorgezogen. So erfährt zum Beispiel die Umsetzung von Digitalisierungsmaßnahmen eine starke Beschleunigung, zum Beispiel in Form von virtuellen Sprechstunden. Die Anzahl der möglichen Angebote wird schneller als bisher angenommen anwachsen. Die bereits identifizierte Finanzierungslücke zwischen Einnahmen und Ausgaben wird in der gesetzlichen Krankenversicherung schneller auftreten als vor Eintritt der Pandemie angenommen. Dementsprechend dringend sind ebenso im Zuge der Corona-Pandemie die Fragen nach einer nachhaltigen Finanzierung des Gesundheitssystems.

¹ <https://www.m-sense.de/>, letzter Zugriff am 3. Februar 2021

² <https://helloworldbetter.de/en/>, letzter Zugriff am 3. Februar 2021

³ <https://www.babylonhealth.com/>, letzter Zugriff am 3. Februar 2021

Anforderungen an die Weiterentwicklung der Finanzierung und Vergütung des Gesundheitssystems

Bei der Weiterentwicklung von Finanzierungs- und Vergütungsstrukturen ergeben sich einige Anforderungen und Nebenbedingungen, die bei der Überlegung von Veränderungsprozessen zu berücksichtigen sind. Dabei müssen sich alle Weiterentwicklungen für die Menschen als nützlich, umsetzbar und wirtschaftlich effizient erweisen.

Die Quellen der Finanzierung sind unabhängig von der Verwendung, Art der Vergütung und Qualität der Leistungserbringung.

Die Quellen der Finanzierung, also die Frage, ob diese aus Steuern oder Sozialbeiträgen erfolgt, ist unabhängig von der Art wie einzelne Leistungen vergütet werden. Die Art des Finanzierungssystems bietet zunächst in der Regel keinen Anreiz, die Qualität und die Effizienz der Leistungserbringung zu steuern oder zu verbessern. Die Frage, ob die Quellen der Finanzierung ausgeweitet oder verändert werden sollten, ist unabhängig von deren Verwendung und wie Leistungserbringer vergütet werden.

Ein allumfassender Ansatz ist aufgrund der regionalen Unterschiede in Gesundheit und Gesundheitsversorgung nicht möglich.

Jegliche Weiterentwicklung von Finanzierung und Vergütung muss die regionalen Unterschiede in Gesundheit und Gesundheitsversorgung berücksichtigen. Die Ausgaben, die Intensität der Leistungserbringung, das Versorgungsangebot sowie gesundheitliche Ergebnisse variieren stark zwischen einzelnen Regionen in Deutschland (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, 2014). Entsprechend heterogen ist der Finanzierungsbedarf. Insbesondere das aktuelle Vergütungssystem trägt diesen regionalen Unterschieden nur sehr begrenzt Rechnung.

Veränderungen in Finanzierung und Vergütung betreffen zumeist eine beteiligte Akteursgruppe negativ.

Es besteht die Wahrnehmung, dass das aktuelle Gesundheitssystem stark von den Interessen der beteiligten Akteure geleitet ist, die eine Veränderung der Finanzierungs- und Vergütungsstrukturen vermeiden möchten. Einzelne Akteure befürchten, dass sie durch eine Veränderung schlechter gestellt werden, was Veränderungsprozesse in der Vergangenheit blockiert oder verzögert hat. Weiterentwicklungen müssen berücksichtigen, wie sich die allokativen Effizienz für die einzelnen Interessensgruppen verändert. Einzelne Gruppen werden womöglich finanziell schlechter gestellt und müssen mit den geeigneten Maßnahmen für etwaige Verluste kompensiert werden, zumindest in den Übergangsphasen zwischen zwei Systemen.

Eine wichtige Ebene, wenn die allokativen Konsequenzen einer Änderung im System nicht nur auf der Ebene der Bürger berücksichtigt werden sollen, ist aus Perspektive der Experten das Verhältnis zwischen Bund und Ländern. Anhand der Corona-Pandemie zeigen sich zum Beispiel die mangelnden Schnittstellen zwischen Institutionen des Bundes (Robert Koch-Institut) und der Länder (Gesundheitsämter), die sich gegenseitig unterstützen können. Weiterhin gibt es zum Beispiel auf Ebene der Länder Blockadehaltungen bezüglich einer strukturverändernden Krankenhausplanung sowie einen Mangel einer zutreffenden und konsensfähigen Bedarfsermittlung im stationären Bereich. Für eine Weiterentwicklung von Finanzierung und Vergütung ist ein politischer Prozess notwendig, bei denen die beteiligten Interessensgruppen und institutionellen Entscheidungsprozesse in geeigneter Weise miteinbezogen werden und alle relevanten wissenschaftlichen Teildisziplinen gehört werden müssen. Ein rein wissenschaftlicher Diskurs wird jedoch nicht ausreichen. Weitere relevante Akteure, für die die allokativen Auswirkungen geprüft und berücksichtigt werden müssen, sind die Institutionen der staatsmittelbaren Selbstverwaltung insbesondere die Leistungserbringer selbst.

Es bedarf nicht einer Ausweitung der finanziellen Ressourcen für die Gesundheitsversorgung aufgrund technologie- und strukturbedingter Ausgaben.

Aufgrund des hohen Anteils an Gesundheitsausgaben relativ zum Bruttoinlandsprodukt ist die Wahrnehmung unter den Experten, dass die finanzielle Basis für Gesundheitsausgaben nicht ausgeweitet werden muss. Vielmehr können zu erwartende höhere Ausgaben für bestimmte Technologiebereiche und Versorgungsstrukturen durch eine Erhöhung in der Effizienz des Systems an vielen Stellen innerhalb des Systems erzielt werden. Dabei sollte es insbesondere zu einer Verlagerung weg von ineffizienter Leistungserbringung hin zu effizienteren Versorgungsstrukturen kommen, d. h. eine Substitution von Leistungen. Entsprechende Weiterentwicklungen des Finanzierungs- und Vergütungssystems sollten diese Annahme berücksichtigen. Damit einher geht die Herausforderung, dass verstärkt explizit identifiziert werden muss, welche Technologien und Leistungen effizienzsteigernd sind. Eine Prüfung, ob eine Technologie die Qualität der Versorgung und Effizienz steigern kann, gilt insbesondere für neuartige Technologiebereiche wie Anwendung mit Digitalisierung, personalisierte Medizin und Präventionsmaßnahmen. Über einzelne Leistungsbereiche hinweg ist nicht klar, ob mit den gleichen Ressourcen gleiche Ergebnisqualität erzielt werden kann. Weiterhin können Effizienzgewinne durch einen Abbau der umfassenden Bürokratie und administrativen Kosten im System erzielt werden. Die demographiebedingt schrumpfenden Einnahmen und (damit einhergehend) morbiditätsbedingt steigenden Ausgaben können es durchaus notwendig machen, die finanzielle Basis zu erweitern.

Die sich verändernden Anforderungen an die Attraktivität der Gesundheitsberufe muss berücksichtigt werden, um die ärztliche und pflegerische Versorgung sicherzustellen.

Ein wichtiger Punkt im Gesundheitssystem sind die Humanressourcen, von denen die Qualität der Versorgung in Zukunft sehr stark abhängig sein wird. Die Bedarfe an ärztlichen und pflegerischen Leistungen werden zunehmen. Gleichzeitig wird prognostiziert, dass der Nachwuchs in diesen Bereichen schrumpft und die Ausgestaltung der Gesundheitsberufe hinsichtlich ihrer finanziellen und materiellen Ausstattung wenig attraktiv ist (Angerer et al., 2019). Daher müssen Weiterentwicklungen in Vergütung und Finanzierung sicherstellen, dass die Attraktivität der Gesundheitsberufe und des Arztberufs erhalten bzw. erhöht wird. Dies gilt gleichermaßen für entstehende neue Berufsbilder.

Um Effizienzgewinne zu erzielen, ist eine stärkere Überprüfung der wissenschaftlichen Evidenz notwendig.

Aufgrund der Vielfalt und der Komplexität vieler neuer Technologien und Versorgungsmodellen steigt der Bedarf an wissenschaftlicher Überprüfung der Effektivität dieser Technologien. Eine besondere Rolle spielt hier die Versorgungsforschung.

Bei der Wahl der Vergütungsform gilt es Abwägungen zu treffen.

Die Art der Vergütungsform beeinflusst wie Leistungserbringer die medizinische Versorgung bereitstellen. Es gibt eine Vielzahl von möglichen Vergütungsformen und keine davon kann alle bestehenden Zieldimensionen (wie Bedarfsgerechtigkeit, Ausgabenkontrolle, technische Effizienz, Transparenz und Qualität) gleich gut erfüllen. Vergütungsformen sind danach zu unterscheiden, ob diese inputorientiert (Krankenhausbudget, nicht zu verwechseln mit Budgets auf der Zahlerseite) oder prozessorientiert (nach Einzelleistungen, Pflegetagen, Fällen) sind. Weiterhin ist zu unterscheiden nach prospektiven (auf Basis der zu erwartenden Durchschnittskosten einer Behandlung) und retrospektiven (auf Basis tatsächlicher Kosten der Behandlung) Vergütungsformen. Alle Grundformen haben diverse Vor- und Nachteile, die häufig konträr zueinander liegen. Es gibt daher nicht die beste Vergütungsform, sondern es kommt auf eine ausgewogene Mischung an. Fallpauschalensysteme wie das DRG-System (DRG: diagnosis related group) für die Krankenhausversorgung in Deutschland haben ein günstiges Profil zwischen Vor- und Nachteilen. Die Nachteile der deutschen Variante liegen insbesondere in der Mengenausweitung von Leistungen mit hohem Sachkostenanteil. Zudem bestehen Anreize, eigentlich ambulant zu behandelnde Patienten in der Notaufnahme/Rettungsstelle stationär aufzunehmen. Gleichzeitig konnte seit Einführung des DRG-Systems in Deutschland im Jahr 2003 die Verweildauer im Krankenhaus gesenkt werden und die Preise für Krankenhausversorgung über die Zeit weitestgehend stabil gehalten werden.

Wesentliche Ergebnisse

Allgemeine Bewertung

Ausgehend von der identifizierten Notwendigkeit für Veränderungen in Finanzierung und Versorgung von Gesundheitsleistungen und den Anforderungen an die Weiterentwicklung des Systems leiteten die Experten fünf Themenbereiche ab:

- Fokus auf bevölkerungsbezogener Prävention
- Neue Vergütungsansätze
- Neustrukturierung der Krankenhausversorgung
- Neuausrichtung auf einheitliches und solidarisches Krankenversicherungssystem
- Vergütungsformen für digitalisierte und innovative Ansätze in Prävention und Gesundheitsversorgung

Für die einzelnen Themenbereiche diskutierten die Experten die wesentlichen Herausforderungen für das Gesundheitssystem. Die Experten erarbeiteten Lösungsansätze, wie sich das System weiterentwickeln muss, um den identifizierten Herausforderungen angemessen zu begegnen und die Nachhaltigkeit in der Finanzierung sicherstellen zu können. Für die Umsetzung der Lösungsansätze bedarf es regulatorischer und gesetzgeberischer Anpassungen:

- Ein Präventionsfonds, der zum Teil aus Steuermitteln sowie aus Krankenkassenbeiträgen finanziert wird, sorgt dafür, dass neue und effektive Präventionsangebote entstehen. Dies erlaubt, dass sich der Gesundheitsbegriff von einer Reparaturmedizin zu einer ganzheitlichen Betrachtung im Gesundheitssystem verändert.
- Virtuelle regionale Gesundheitsbudgets stellen sicher, dass die Regionen für die notwendige Gesundheitsversorgung finanzielle Verantwortung erhalten. Für die Region entstehen bestmögliche Versorgungskonzepte, getrennt nach Vorhalteleistungen und medizinischer Versorgung.
- Der Einbezug eines Value Based Healthcare-Ansatzes als Prämisse für die ergebnisorientierte Vergütung stellt sicher, dass für eine Versorgungs- oder Krankheitsperiode eine für vergleichbare Leistungen, unabhängig davon ob sie ambulant, stationär, digital oder durch Medikation erfolgt, eine vergleichbare Vergütung erfolgt, abhängig von den erzielten Ergebnissen.
- Die Einführung von kommunalen Gesundheitszentren, welche eine wohnortnahe Versorgung von vormals stationären Leistungen sicherstellen, ermöglichen höhere Effizienz und Qualität im Gesundheitssystem.
- Der Übergang zu einem einheitlichen System der solidarischen Krankenversicherung stellt sicher, dass die Finanzierung des gesetzlichen Krankenversicherungssystems nachhaltig gesichert wird, an dem alle Bürger gleichermaßen beteiligt sind.
- Ein offenes Vergütungsmodell für digitalisierte und innovative Versorgungsformen sorgt dafür, dass das Gesundheitssystem die Entwicklungen aus den Bereichen Digitalisierung, Biotechnologie und sektorenübergreifender Versorgungsprozesse aufnehmen kann. Es werden Anreize für Innovationen in diesem Bereich geschaffen, für die Veränderungen in der Infrastruktur bezüglich der Erfassung und Bereitstellung von Gesundheitsdaten notwendig sind.

In den nachfolgenden Abschnitten werden die einzelnen Themenbereiche im Detail erläutert.

Fokus auf bevölkerungsbezogener Prävention

Präventionsleistungen werden in Zukunft eine zunehmend wichtige Rolle spielen, da sie Krankheit vermeiden und damit einhergehend die Effizienz der Gesundheitsversorgung erhöhen können. Nach Meinung der Experten sollen alle Stufen der Prävention, d. h. Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention berücksichtigt werden. Der Fokus der Gesundheitspolitik sowie der dafür zur Verfügung gestellten Ressourcen liegt aktuell auf Maßnahmen der Primärprävention, d. h. der Verhinderung der Entstehung von Krankheiten. Auf dieser Stufe konnten bisher nur ausgewählte Maßnahmen evidenzbasierte Nachweise über deren Effektivität liefern. Die Bürgerdialoge ergaben den Wunsch nach einem Paradigmenwechsel: weg von einer Reparaturmedizin hin zu einer ganzheitlichen Betrachtung von Gesundheit und somit einer stärkeren Betrachtung von Maßnahmen zur Vermeidung und Früherkennung von Krankheit. Insbesondere durch die verbesserten Möglichkeiten in der Diagnostik ergeben sich viele Möglichkeiten, so dass vor allem Sekundärprävention, d. h. die Früherkennung von Krankheiten zu einem sehr viel früheren Zeitpunkt stattfinden kann. Ähnliche Entwicklungen ergeben sich bei der Tertiärprävention, deren Ziel es ist, Krankheitsfolgen zu mildern bzw. Rückfälle zu vermeiden. Bezüglich der Primärprävention muss der Präventionsbegriff weiter gefasst werden, so dass Bildungsmaßnahmen und soziale Maßnahmen zur Reduktion sozialer Ungleichheit und Teilhabeförderung gleichwertig berücksichtigt werden, da diese in der Regel langfristige Implikationen auf die Bevölkerungsgesundheit haben. So kann zum Beispiel eine Erkrankung von Diabetes Mellitus Typ 2 dadurch vermieden werden, indem die Lebensumstände einer Person verbessert werden (Schwarz et al., 2012).

Die größte Herausforderung hierbei ist die Schaffung von Anreizen für die beteiligten Akteure, neue Präventionsformen zu entwickeln und anzubieten sowie entsprechende Nachweise über deren Effektivität zu erbringen. Eine Schwierigkeit liegt darin, dass im Vergleich zu somatischen Eingriffen die zu erwartenden Effekte, also die Vermeidung einer Erkrankung, sehr weit in der Zukunft liegen können. Dies erschwert die Evidenzgenerierung bezüglich der Wahl eines geeigneten Studiendesigns und der Abbildung der zu erzielenden Effekte. Zudem weitet sich der Rahmen, welche Akteure an der Entwicklung und Erprobung von Präventionsmaßnahmen beteiligt sind, da dies neben den üblichen Beteiligten (öffentliche Gesundheit, Leistungserbringer, Krankenkassen) weitere Bereiche betrifft (z. B. das Bildungswesen).

Bezüglich der Finanzierung von Präventionsmaßnahmen müssen daher die Basis erweitert und entsprechend Rahmenbedingungen geschaffen werden, dass Prävention ganzheitlich betrachtet werden kann. Die Experten sprachen sich hier dafür aus, dass Prävention über die Primärprävention hinaus nicht allein die Aufgabe der öffentlichen Gesundheitsdienste bzw. der gesetzlichen Krankenversicherung und entsprechend einer einseitigen Finanzierung aus Steuern oder Beiträgen sein kann. Die Rolle des öffentlichen Gesundheitsdienstes und insbesondere der Gesundheitsämter sowie der Institutionen, die sich an der Gestaltung öffentlicher Gesundheit (Public Health) muss gestärkt werden, so dass sich diese an den Präventionsaufgaben besser beteiligen können. Somit ist eine Mischung in der Finanzierung aus Steuer- und Sozialbeiträgen vorzusehen. Insbesondere bei Präventionsmaßnahmen ist die Zusammenarbeit mehrerer Akteure notwendig, um sinnhafte Programme anbieten zu können.

Ein **Präventionsfonds, der sich zum Teil aus Steuermitteln sowie aus Kassenbeiträgen speist**, kann den finanziellen Rahmen schaffen, um gesundheitliche Prävention auf Ebene der gesamten Bevölkerung zu fördern. Dies kann mehrere Zwecke erfüllen. Präventionsmaßnahmen können erprobt werden, so dass die notwendige Evidenz gewonnen werden kann. Ein Präventionsfonds kann zudem den finanziellen Rahmen bieten, dass Präventionsmaßnahmen, die bisher nicht abgebildet wurden und erst gar nicht Marktreife erfahren haben, entwickelt werden. Da sich die regionalen Bedürfnisse in Art um Umfang der benötigten Präventionsmaßnahmen unterscheiden, kann der Präventionsfonds den Rahmen bieten, Transferaufgaben über Regionen hinweg zu bieten. Dabei geht es nicht notwendigerweise um eine Ausweitung der Ausgaben für Gesundheit, sondern um eine Umschichtung in Präventionsmaßnahmen.

In diesem Zusammenhang ist zu prüfen, welche bereits vorhandenen Maßnahmen und Leistungen eine Präventionsfunktion haben, so dass diese entsprechend aus dem Leistungsrahmen, insbesondere der Krankenversicherung, aber auch in weiteren Bereichen der Sozialversicherung abgegrenzt werden kann. Hier geht es insbesondere um Leistungen, welche umwelt- und sozialbedingte Anforderungen verbessern. An dieser Stelle sprachen sich die Experten für eine Stärkung der Rolle der öffentlichen Gesundheitsvorsorge und der daran beteiligten Institutionen aus (insbesondere Robert Koch-Institut, Gesundheitsämter), wobei die Aufgabe anderer Institutionen kritisch hinterfragt und weiterentwickelt werden sollte (z. B. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung). Entsprechend kann die Präventionsfunktion nicht allein von der gesetzlichen Krankenversicherung getragen werden. Damit einher geht eine Überprüfung der bisherigen rechtlichen und organisatorischen Strukturen sowie die Festlegung von zu erhebenden Daten im Bereich der Prävention, von Forschungsschwerpunkten und der Überprüfung, inwieweit Gesetzesvorlagen den Zielsetzungen bezüglich einer verbesserten Prävention entsprechen.

Eine Herausforderung bezüglich eines populationsbezogenen Präventionsfonds ist die Beteiligung aller Krankenkassen, um gemeinsam an der Lösung von präventionsbezogenen Problemen zu arbeiten. Somit wäre hier der Gesetzgeber gefordert, um kassenübergreifende Kooperationen zu fordern und fördern oder auf alternative Institutionen und Finanzierungsmodelle zurückzugreifen. Eine Möglichkeit dabei ist, den Bereich der Prävention entsprechend aus dem Krankenversicherungssystem auszugliedern, um Fehlanreize bzgl. Kooperation und Finanzierung zu überwinden.

Neue Vergütungsansätze

Grundsätzliche Anforderungen an die Vergütung. Um sicherzustellen, dass die finanzielle Basis für Gesundheitsleistungen nicht ausgedehnt werden muss, muss sich die Vergütung in Zukunft an neuen Prinzipien orientieren: die Vergütung von Leistungen sollte nicht allein von der erbrachten Menge, sondern von der Qualität und ihrer Effizienz abhängig sein. Es erfolgt ein Teil der Vergütung für Komponenten, welche für die Vorhaltung gewisser Leistungsbereiche notwendig ist und deren Qualität nicht von der Leistungsmenge abhängt, z. B. die Bereitstellung einer Notaufnahme. Dieser Teil der Vergütung ist pauschal und unabhängig von der Menge. Komponenten, bei denen keine Vorhaltung notwendig ist (z. B. planbare operative Eingriffe), werden einzeln nach erbrachter Menge in Form von DRGs oder ähnlich vergütet. Das bedeutet, dass die Vergütung für die einzelnen Leistungen entsprechend aufaddiert wird. Die Vergütung nach Mengen kann eine qualitätsabhängige Vergütung durch Auf- oder Abschläge nach bestimmten Kriterien berücksichtigen. Die Bedarfe der einzelnen Regionen müssen bei der Vergütung berücksichtigt werden, so dass zu einem gewissen Grad eine Regionalisierung der Vergütung erfolgt. Dies hat zum Ziel, dass unterversorgte Regionen eine ihren Bedarfen bessere finanzielle Ausstattung erhalten, die sich an der Morbiditätsstruktur in der Region orientiert. Zuletzt ist eine Berücksichtigung von neuartigen Technologien im Bereich Digitalisierung und (Bio-) Technologie im Vergütungsrahmen notwendig, die zu einer Vermeidung von ambulanten oder stationären Versorgungsepisoden beitragen. Ziel einer Einführung der beschriebenen Komponenten in die Vergütung ist der Abbau bestehender Fehlanreize in Form von Mengenausweitungen, regionaler Unterschiede sowie mangelnder Kooperation zwischen den Sektoren und Versorgungsangeboten, die an den Bedürfnissen der Bürger einer Region vorbeigehen. Aufgrund der hohen regionalen Unterschiede sollte sich die Vergütung an der Versorgungsstruktur sowie der Gesundheit der Bevölkerung in der Region orientieren. Ein neues Vergütungsmodell sollte dementsprechend eine regionale Komponente beinhalten. Unter anderem wird in der ambulanten Vergütung aktuell keine regionale Komponente über die Ebene der kassenärztlichen Vereinigungen im Rahmen der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung hinaus berücksichtigt.

Eine Ausrichtung der Vergütung an Aspekten über die erbrachte Menge hinaus ist wichtig, um Überversorgung zu reduzieren und Bereiche zu stärken, in denen Unterversorgung existiert bzw. hohe Vorhaltekosten vorherrschen. Hierbei können die Leistungen differenziert werden nach Komponenten der Information und Vorsorge, der Begleitung von Erkrankten insbesondere in Form von Langzeitpflege sowie medizinisch-pflegerischer Bedarfe. Daraus ergeben sich Leistungen, welche für die Notfall- und Basisversorgung notwendig sind, einschließlich Intensivbetten und gewisse Arzneimittel. Für diese Form von Leistungen sollte die Vergütung über ein Vorhaltebudget erfolgen. Dieses kann sich regional unterscheiden, da die Vorhaltekosten in einer stärker ausgeprägt ländlichen Region erwartungsgemäß relativ zu den Fallzahlen höher sind als in verstädterten Bereichen. Durch das gemeinsame Vorhaltebudget entsteht durch die an den Vorhalteleistungen beteiligten Leistungserbringern eine Kooperation innerhalb der Regionen sowie ein Wettbewerb zwischen den Regionen durch unterschiedliche Ausgestaltung und Qualität der Vorhalteleistungen. Zu differenzieren sind mengenabhängige Leistungen, deren Vergütung an die Leistungserbringer weiterhin mengenabhängig erfolgt.

Als Lösungsansatz, der viele der oben genannten Komponenten vereint, schlagen die Experten **die Einführung eines virtuellen regionalen Gesundheitsbudgets** vor, das gleichzeitig eine Verteilungs- und Steuerungsrolle erfüllt. Hierbei dienen die Regionen als Empfänger von morbiditätsbasierten virtuellen Budgets (Benstetter et al. 2020). Die Regionen sind zum Beispiel definiert auf der Kreisebene oder in Form neu zu definierender Gesundheitsregionen. Virtuell sind die Gesundheitsbudgets insofern, als dass die bestehenden Vergütungsstrukturen weiter existieren, aber ex post ein Abgleich mit einem vorab definierten Benchmark erfolgt und die Differenz bei Einsparungen (in Teilen) ausgezahlt wird. Die Einnahmen bestehen aus morbiditätsadjustierten Einnahmen aus der gesetzlichen Krankenversicherung, Pflege- und Rentenversicherungen, medizinische Reha-Einrichtungen und Krankenhausinvestitionen. Das Budget wird verteilt auf alle in der Region beteiligten Leistungserbringer, die mit diesem Budget wirtschaften müssen. Die Morbiditätsadjustierung findet im Rahmen der Gesundheitsbudgets auf Ebene der definierten Regionen statt. Die Mittelzuweisung könnte aus dem Gesundheitsfonds kommen. Als Datengrundlage für die Allokation der Einnahmen werden für die regionalen Planungsentscheidungen durch ein Institut Daten auf Bundesebene gesammelt und bereitgestellt. Die Entscheidung über die Verteilung treffen regionale Entscheidungsgremien, welche sich aus der Politik, den Krankenkassen und den regionalen Leistungserbringern in beratender Form zusammensetzen. Ein Gegenentwurf wäre die Überweisung eines Gesamtbetrages an die Region und komplett neue Vergütungslogistik.

Über die virtuellen regionalen Gesundheitsbudgets kann eine für die Region zugeschnittene integrierte, sektorenübergreifende Bedarfsplanung erreicht werden, da die handelnden Akteure einer Region über die Verteilung des Budgets entscheiden. Dies ist im aktuellen System zum Beispiel nicht möglich, da die Krankenkassen nicht notwendigerweise einen regionalen Bezug haben bzw. dieser sehr heterogen ausgestaltet ist. Bezüglich der verschiedenen Versorgungsstufen, die unterschiedliche Planungseinheiten fordern, kann ein gestuftes System Rechnung tragen. Für die Primärversorgung (vgl. Schmid 2020) wäre das zum Beispiel eine Ebene unter der Kreisebene (z. B. kommunal), für die Sekundärversorgung, die Kreisebene sowie für die Maximalversorgung und Planungsaufgaben die Länderebene. Weiterhin werden durch die Einführung des regionalen Gesundheitsbudgets der Versorgungssituation angepasste Verträge zwischen den vor Ort vertretenden Leistungserbringern und Krankenkassen ermöglicht. Eine höhere Transparenz wird durch regionale Versorgungsberichte sowie Qualitätsbenchmarks und Indikatoren ermöglicht.

Bezüglich der Versorgungsstruktur kann eine Änderung in der Vergütung hin zu regionalen Gesundheitsbudgets dafür sorgen, dass die bestehenden Leistungserbringer sektorenübergreifend zusammenarbeiten, da sie gemeinsam für das Gesundheitsbudget verantwortlich sind. Dies ermöglicht entsprechend eine engere Verzahnung zwischen den einzelnen Akteuren und eine Gesamtverantwortung für die Versorgung vor Ort. Durch dieses Vergütungsmodell kann eine stärkere Orientierung und Trennung zwischen den Vorhaltekosten für Gesundheitsleistungen und der Mengenkomponekte erreicht werden.

Zu überwinden gilt es bei der Einführung eines regionalen Gesundheitsbudgets die Vorbehalte einiger Regionen und Krankenkassen, der Kassenärztlichen Vereinigungen, der Landesorganisationen, der Länder und der Krankenhausgesellschaften. Demgegenüber stehen gleichermaßen Regionen, Leistungserbringer und Krankenkassen, welche diese neue Form der Vergütung befürworten werden. Vorbehalte werden entstehen, da durch eine bedarfsorientierte Verteilung eine Quersubventionierung anderer Regionen oder sogar der Bundesländer entsteht. Aus Perspektive der Bürger wird dieser Ansatz begrüßt werden, was aus den Ergebnissen der Bürgerdialoge hervorgeht. Der Gemeinsame Bundesausschuss als bewertendes und steuerndes Organ könnte hier eine steuernde Funktion einnehmen. Krankenkassen haben Vorbehalte, da sie bei konsequenter Umsetzung weitestgehend obsolet werden.

Der Lösungsansatz der virtuellen regionalen Gesundheitsbudgets ist insgesamt als Kompromiss zu betrachten, da hier vornehmlich durch die regionenabhängige Zuweisung finanzieller Mittel eine regionale Komponente in die Struktur des gesetzlichen Krankenversicherungssystems eingeführt wird. Es käme nicht zu einer vollständigen Neuorganisation der Vergütung. Insgesamt sind geringe Transformationskosten zu erwarten und die sektorenübergreifende Zusammenarbeit bietet möglicherweise sogar Optionen für eine Freisetzung zusätzlicher Ressourcen.

Modelle, welche wie das vorgeschlagene virtuelle regionale Gesundheitsbudget Finanzierung und Vergütung am Bedarf einer Region ausrichten und verteilen, existieren bereits in Spanien (Bernal-Delgado et al., 2018). Das System ist charakterisiert durch eine hohe Eigenverantwortlichkeit der 17 eigenständigen Gesundheitsregionen (Autonomous Communities). Laut Aussage der Experten fungiert auf regionaler Ebene ein Verwaltungsrat bestehend aus den Krankenkassen sowie Leistungserbringern, welcher das Budget festlegt und die Versorgung im Sinne eines Public Private Partnerships gestaltet. Um ein kosteneffizientes Management sicherzustellen, wird ein Budgetanteil von 20 Prozent einbehalten, welcher erst ausgeschüttet wird, wenn das System sektorenübergreifend effizient arbeitet, d. h. die ambulante sowie die stationäre Versorgung gemeinsam. Das dezentralisierte Modell in Spanien hat nicht zu einer Verschärfung von Ungleichheit zwischen den Regionen geführt. Die Ausgaben blieben stabil. Es zeigte sich, dass die regionalen Unterschiede insbesondere durch Unterschiede im medizinischen Bedarf, durch Inputs in die Gesundheitsversorgung und aufgrund der allgemeinen ökonomischen sowie demografischen Lage einer Region zustande kamen (Costa-Font & Rico, 2006; Costa-Font & Turati, 2018).

Als weiteren Lösungsansatz diskutierten die Experten **Value Based Health Care als Prämisse für die ergebnisorientierte Vergütung**. Bei der Umsetzung einer ergebnisorientierten Vergütung im Sinne des Value Based Health Care Ansatzes, stehen der Patientennutzen und die Ergebnisqualität im Fokus. Die Idee von „Value Based Health Care“ vereint somit die bisher nicht aufeinander abgestimmten Interessen aller beteiligten Akteure im Gesundheitswesen und definiert, für welche Form von Verbesserung welche Vergütung erfolgen soll. Dabei geht es bezüglich der Interessensgruppen um die Identifikation des von allen Beteiligten geteilten Interesses. Der Value Based Health Care Ansatz verfolgt dabei, dass individuelle Einzelinteressen und Wertvorstellungen zu Qualität, Kosten, Effizienz in Einklang gebracht werden. Für die beteiligten Stakeholder entstehen klare Rahmenbedingungen, welche der Dimensionen bzgl. Qualität, Kosten und Effizienz leistungsrelevant sind.

Vergütung nach einem Value Based Health Care Ansatz unterstellt in der Regel, dass Vergütung nicht für einzelne Leistungskategorien erfolgt, sondern gebündelt nach der zu behandelnden Versorgungsepisode (sogenannte bundled payments). Im Rahmen des Sozialgesetzbuchs V werden derzeit alle Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung einzeln nach Sektor bzw. Art der Leistungserbringung vergütet, die notwendig, zweckmäßig und wirtschaftlich sind. Darüber hinaus definiert der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) für die Bewertung einzelner Leistungsbereiche, wie im Fall der Bewertung des Zusatznutzens eines Arzneimittels, welche Outcomes als patientenrelevant zu definieren sind. Die Entscheidungsgrundlage des G-BA berücksichtigt Endpunkte in den Bereichen Morbidität, Mortalität, Nebenwirkungen und Lebensqualität. Subjektive Einschätzungen über die Leistungserbringung und die Patientenzufriedenheit spielen keine Rolle. Es findet kein Vergleich von Behandlungen des gleichen Krankheitsbildes zwischen Leistungsbereichen statt. Präventionsmaßnahmen der Primär- und Sekundärversorgung bleiben in diesem Rahmen weitestgehend unberücksichtigt. Entsprechend des Value Based Health Care Ansatzes würden hier alle Leistungen zur Behandlung einer Krankheit gemeinsam betrachtet werden und die Vergütung am Erzielen der vorab definierten gesundheitlichen Ergebnisse (Outcomes) über alle beteiligten Leistungserbringer erfolgen. Sollte der Value Based Health Care Ansatz verfolgt werden, sind entsprechende gesetzgeberische Anpassungen notwendig.

Eine Orientierung an dem entstandenen Mehrwert einer Gesundheitsleistung ist auch notwendig, da sich die Wertvorstellungen der Bürger verändern hin zu einer Orientierung in Richtung Ergebnis- und Patientenzufriedenheit. Die Vorstellung wächst, möglichst gesund zu bleiben und keine medizinische Versorgung in Anspruch zu nehmen. Eine derartige Werteverstärkung muss sich entsprechend im Vergütungssystem widerspiegeln. Dabei geht es darum, finanzielle Anreize zu schaffen, Menschen gesund zu erhalten. Aus Perspektive eines einzelnen Menschen ergibt sich durch die Vielfalt der möglichen Leistungen der Bedarf an einem individuellen und indikationsbezogenen Leistungsrahmen. Durch die Vielfalt der Technologien wird es notwendig sein, den Leistungsrahmen der Kranken- und Pflegeversicherung so zu gestalten, dass Maßnahmen mit vergleichbarer Outcome- und Patientenzufriedenheit eine vergleichbare Vergütung erhalten. Die Bürger sollen zudem Transparenz darüber erhalten, welche Versorgungsform und Technologie für ihre gesundheitlichen Probleme die beste Versorgung aus ihrer persönlichen Perspektive bietet. Neben einem Zweitmeinungsverfahren für komplexe Eingriffe bietet die elektronische Patientenakte sowie weitere Angebote, die im Zuge der Digitalisierung entstehen, Möglichkeiten, Informationen über den individuell besten Leistungsrahmen bereit zu stellen. Notwendig für diese Betrachtung ist ein gesamtgesellschaftlicher Konsens, welche objektiven und subjektiven Parameter im Rahmen eines wertbasierten Vergütungsrahmens eingeschlossen werden.

Um einen Value Based Health Care Ansatz verfolgen zu können, ist eine Verbesserung der Datenerhebung notwendig, um Veränderungen und Verbesserungen im Gesundheitszustand der Menschen zu identifizieren und sicherstellen zu können. Dies beinhaltet die kontinuierliche Dokumentation des Gesundheitszustandes sowie der Zufriedenheit während und nach einer Versorgungsepisode.

Ein Beispiel für eine outcome-orientierte Vergütung im Sinne des Value Based Health Care Ansatzes bildet das Modell aus Schweden. Für die erbrachte medizinische Leistung garantiert das staatliche Gesundheitssystem im Raum Stockholm eine zweijährige Garantie. Die Anreize sind so gelagert, dass den Patienten zu einem besseren Gesundheitszustand verholfen wird und eine langfristige Gesunderhaltung garantiert werden soll. Behandlungsfälle werden nach- und zurückverfolgt. Dabei arbeiten die verschiedenen Berufsgruppen und Disziplinen zusammen. Es konnte gezeigt werden, dass sich die Ergebnisqualität verbesserte (The Boston Consulting Group, 2021). Das Modell wurde zunächst als gebündelte Vergütung für Hüft- und Knieersatz eingeführt in einer einzelnen Patientengruppen. Die Patienten wählten ihre Leistungserbringer individuell. Wird die vereinbarte Qualität nicht erzielt, müssen die Leistungserbringer einen Abschlag leisten. Im Ergebnis verlagerte sich die Versorgung hin zu mehr ambulant erbrachten Leistungen. Zudem verbesserten sich die gesundheitlichen Ergebnisse. Zum Beispiel reduzierte sich die Komplikationsrate. Dieses Pilotprojekt wurde zu einem nationalen Programm ausgearbeitet, das für sieben Patientengruppen etwa 70% der schwedischen Bevölkerung umfasst.

Neustrukturierung der Krankenhausversorgung

Seitens der Gesellschaft bestehen hohe Erwartungen an Krankenhäuser und ihren Leistungsauftrag. Insbesondere wird erwartet, dass die Leistungserbringung angemessen ist und dass nur diejenigen Patienten behandelt werden, die einen echten Bedarf haben. Zudem soll die Qualität der Behandlung hoch sein, genauso wie die Leistungserbringung und deren Kostentransparenz. Beispiele aus der Vergangenheit haben laut Meinung der Experten gezeigt, dass diese Erwartungen nicht erfüllt werden. Kleinere Krankenhäuser zeigten in den Vergangenheit Qualitätsprobleme speziell bei Notfallindikationen (Nimptsch & Mansky, 2017). Die Schwierigkeit besteht für die Krankenhäuser darin, das richtige Maß an Leistungserbringung im Hinblick auf Qualität, Kosten und Notwendigkeit zu erzielen. Eine Neustrukturierung der Krankenhausversorgung sollte erreichen, Anreize zu setzen, die Behandlungsqualität zu erhöhen und Überversorgung zu reduzieren. Dabei muss insbesondere sichergestellt sein, dass einzelne Krankenhäuser die Leistungen in einer ausreichenden Menge erbringen können. Dies bedeutet, dass nicht mehr alle derzeit bestehenden Krankenhäuser alle Leistungen anbieten. Vielmehr geht es darum, die Versorgung weiterzuentwickeln zu weniger Standorten, die eine hoch spezialisierte und dem medizinisch-technischen Fortschritt angemessene Leistung erbringen. Gleichzeitig soll weiterhin für weniger komplexe Eingriffe und den Bedarfen für eine Grundversorgung eine wohnortnahe medizinische Versorgung gewährleistet werden.

Die Experten sprechen sich für eine Neuausrichtung einzelner Bereiche der Krankenhausversorgung aus und schlagen als Lösungsansatz die **Einführung von kommunalen Gesundheitszentren** vor. Durch die Restrukturierung von kleinen Krankenhäusern zu breit aufgestellten kommunalen Gesundheitszentren, die als Intermediäre zwischen ambulanter und stationärer Versorgung fungieren, kann die wohnortnahe Versorgung verbessert werden. Die kommunalen Gesundheitszentren bieten speziell für die ländlichen Regionen ein Modell für die Versorgung der Zukunft. Die Leistungen innerhalb der Gesundheitszentren richten sich je nach lokalem Bedarf. Komponenten sind zum Beispiel eine geriatrische Kurzliegestation, Kurzzeitpflege nach größeren Eingriffen, ein ambulantes OP-Zentrum, Fachärzte und andere Leistungserbringer wie Physiotherapie und einer 24-Stunden-Notfallpraxis. Für komplexe und spezialisierte Versorgung stehen Krankenhäuser in den Ballungszentren zur Verfügung. Die Leistungen umfassen ein integriertes Notfallzentrum, ein spezialisiertes Schlaganfallzentrum (Stroke Unit / Chest Pain Unit) sowie ein breites Spektrum komplexer Eingriffe. Der Transport zwischen den kommunalen Gesundheitszentren und den Krankenhäusern erfolgt über Rettungswagen oder eine Flugnotrettung. Um den Transport sicherzustellen, bedarf es einer Verbesserung der Krankentransporte und einem Ausbau bzw. Neuausrichtung der Flugnotrettung, zum Beispiel in Form von Stationierung von besonders ausgestatteten Rettungshubschraubern (z. B. Blutkonserven) an zentralen Orten in sehr ländlichen Gebieten. Derartige Strukturen existieren bereits in Vorpommern (Fleßa et al., 2016).

Bei dieser Neuausrichtung der Krankenhausversorgung muss sichergestellt werden, dass die Bedürfnisse nach Sicherheit und Verfügbarkeit von Krankenversorgung seitens der Bevölkerung berücksichtigt werden. Bei der Verlagerung von Leistungsangeboten muss sichergestellt sein, dass eine Rund-um-die-Uhr-Verfügbarkeit von ärztlicher Hilfe vor Ort weiterhin gewährleistet bleibt. Dies kann erreicht werden durch eine 24-Stunden-Notfallpraxis, angeschlossen an ein ambulantes OP-Zentrum. Weiterhin sind die Bereiche wie die Pädiatrie und die Geburtshilfe besonders sensibel, da wohnortnahe Versorgungsformen von den Bürgern besonders geschätzt werden. Um diesen Bedürfnissen zu begegnen, gibt es bereits heute Pilotprojekte wie die Kinder-Portalpraxis in Wolgast, die Elemente wie telemedizinische Versorgung, eine vor Ort verfügbare Grundversorgung und die Anbindung an ein spezialisiertes Krankenhaus umfasst (FleBa, 2020). Für die Einführung von kommunalen Gesundheitszentren ist eine professionelle und intensive Kommunikation mit Bürgerinitiativen wichtig, um eine Akzeptanz dafür zu schaffen, dass nicht alle Eingriffe wohnortnah erfolgen können, jedoch sich dadurch die Qualität der Versorgung erhöht. Hierfür muss gegenüber den Bürgerinitiativen Transparenz hergestellt werden, was die zu erwartenden Qualitätsunterschiede sein werden.

Für die Neustrukturierung der Versorgung im Hinblick auf die Krankenhäuser und einer stärkeren Verzahnung von ambulanter und stationärer Versorgung sind Reformen notwendig. Als Hindernis für die Finanzierung der Krankenhausversorgung wurde die Trennung von Investitions- und Sachkosten in der Krankenhausversorgung sowie die Rolle der Investitionsmittel identifiziert. Hierbei sprachen sich die Experten für eine Neuausrichtung der Finanzierungsstruktur aus. Da sich durch die kommunalen Gesundheitszentren neue Organisationsformen entwickeln werden, sollten Investitionsmittel dabei jedem Krankenhaus und Gesundheitsversorger zur Verfügung stehen und zwar unabhängig von der Rechtsform eines Betriebs. Eine selektive Verteilung von Mitteln führt zu Wettbewerbsverzerrungen. Gleichzeitig sollen Krankenhausleistungen wie Ausbildung und Forschung, die nicht primär einzelnen Patienten zu Gute kommen, nicht notwendigerweise über die Fallpauschalen (DRG) vergütet werden. Dies kann auch das Betreiben einer Notaufnahme oder das Vorhalten von Reservekapazitäten (z. B. Intensivbetten) umfassen. Die Vergütung erfolgt über Formen, die einem Budget ähnlich sind. Der Sachverständigenrat im Gesundheitswesen stellte in ähnlicher Weise bereits fest, dass für eine Restrukturierung der Krankenhausversorgung einheitliche Rahmenbedingungen notwendig sind, die über die Sektorengrenzen hinausgehen, wie zum Beispiel eine gemeinsame Bedarfsplanung, Vergütung oder Mindeststandards bzgl. der Qualität der Versorgung (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, 2018).

Bei der Weiterentwicklung der Krankenhausversorgung ist zu berücksichtigen, dass sowohl DRGs als auch Budgets zunächst keine Anreize zur Sicherung und Steigerung der Qualität der Versorgung beinhalten. Beide Vergütungsformen müssten mit spezifischen Ansätzen wie „P4Q“ (payment for quality) verknüpft werden, die wiederum Indikations-, Struktur-, Prozess- oder Ergebnis-orientiert sein können und am einzelnen Patienten, einer Patientengruppe (z. B. alle Patienten mit der gleichen Diagnose) oder an allen Patienten im betreffenden Krankenhaus ansetzen können. Für die Transformation hin zu auf ambulante Versorgung ausgerichtete Versorgungsketten sind mittelfristig finanzielle Mittel notwendig, um die Transformation der Versorgung zu bewerkstelligen. Dies kann über eine Weiterentwicklung des derzeit bestehenden Strukturfonds in einen Transformationsfonds erfolgen.

Neuausrichtung auf einheitliches und solidarisches Krankenversicherungssystem

Das deutsche Krankenversicherungssystem setzt sich aus den beiden Säulen der gesetzlichen (GKV) und privaten (PKV) Krankenversicherung zusammen. In Politik und Wissenschaft herrscht eine breite Übereinstimmung, dass das gegenwärtige duale System der Krankenversicherung und dessen Finanzierung reformbedürftig sind.

Die grundsätzliche Prämisse für eine Neuausrichtung der Krankenversicherung ist, dass die Einkommensverhältnisse einer Person nicht ausschlaggebend dafür sein sollen, welche Leistungen sie erhält. Gesundheit erhält nach Aussagen der Experten den Charakter eines öffentlichen Gutes, dass kollektiv und gerecht bewirtschaftet werden muss⁴. Dies bedeutet, dass Gesundheitsleistungen nicht an das Einkommensniveau einer Person gekoppelt werden, die sie erhält. Jeder Bürger erhält die gleiche Leistung, unabhängig von seiner finanziellen Leistungsfähigkeit. In der Konsequenz erfolgt eine gleiche Leistung bei gleicher Indikation in einem vergleichbaren Fall. Insbesondere Armut darf nicht zu einem Gesundheitsrisiko werden. Es wird ein gesellschaftlich definiertes (hohes) Mindestniveau an Gesundheitsversorgung definiert, welches jedem zugänglich sein soll. Über dieses Mindestniveau können Gesundheitsleistung erworben werden, sofern dies die persönliche finanzielle Situation erlaubt.

Problem des bestehenden Krankenversicherungssystems ist, dass aufgrund der zweigliedrigen Struktur zwischen GKV und PKV nicht alle Bürger in das solidarisch finanzierte System eingebunden sind. Insbesondere höhere Einkommensgruppen sind nicht im System der GKV integriert. Die Ausgestaltung des PKV-Systems an sich ist dabei nicht problematisch. Durch die Kapitaldeckung und die langfristige Ausrichtung schneidet das deutsche Modell des PKV Systems im Vergleich zu kurzfristigen Versicherungsverträgen sogar aus Wohlfahrtsperspektive besser ab (Atal et al., 2020).

Die Experten diskutierten als Lösungsansatz einen Einbezug aller Bürgerinnen und Bürger in ein einheitliches System der solidarischen Krankenversicherung, wobei kein eindeutiges Votum erzielt wurde. Dies entspricht auch den Vorstellungen der in den Bürgerdialogen geäußerten Wünschen der beteiligten Bürger. Vergleichbare Ansätze wurden bereits zu einem früheren Zeitpunkt unter dem Begriff einer Bürgerversicherung vorgestellt. Erreicht wird dieses neue System, indem alle, die versicherungspflichtig werden, insbesondere, wenn sie erstmals eine Arbeit aufnehmen, nur noch in eine solidarische Kranken- und Pflegeversicherungen mit einem abgegrenzten Leistungskatalog eintreten können. Das PKV-System darf keine neuen Mitglieder aufnehmen und läuft entsprechend aus. In einer Übergangsphase sollen sich die Versicherungen der PKV an der Finanzierung beteiligen. Somit geht es nicht um den Eingriff in bestehende Systeme, was nur unter einer Änderung des Grundgesetzes möglich wäre, sondern um eine gerechtere Regelung für die jungen und kommende Generationen. Bei der Neuausrichtung geht es um eine gerechtere Finanzierung im Sinne einer Leistungsgerechtigkeit was durch eine Anpassung der Beitragsbemessungsgrenzen durch eine Steigerungsrate (Progressionskomponente) erzielt werden kann.

⁴ Gesundheit nimmt zwar nicht unbedingt den Charakter eines nicht-konkurrierenden (d. h. öffentlichen) Gutes an, kommt aber in Sozialversicherungssystemen mit universeller Gesundheitsversorgung der klassischen Definition eines öffentlichen Gutes – nicht ausschließbar und nicht konkurrierend – doch recht nahe.

Neben der Beteiligung aller Personen und Bevölkerungsgruppen an der Finanzierung durch einkommensabhängige Beiträge, wurde auch kontrovers diskutiert, welche Einkommen hierbei berücksichtigt werden sollten und bis zu welcher Höhe. Hierbei sprach sich die Mehrheit der Experten für die Beibehaltung einer Beitragsbemessungsgrenze aus, u. a. da die Höhe der Einkommen stark verknüpft ist mit einem unterschiedlichen Einsatz an Arbeitszeit, individuellen Bildungsinvestitionen und Leistung. Eine Aufhebung der Beitragsbemessungsgrenze würde dem von den Bürgern mehrheitlich geteilten Prinzip der Leistungsgerechtigkeit zuwiderlaufen. Jedoch sollte neben dem Erwerbseinkommen auch Kapital- und Mieteinkünfte berücksichtigt werden. Anpassungen der Beitragsbemessungsgrenze sollten allenfalls durch eine Steigerungsrate (Progressionskomponente) erfolgen.

Bezüglich der Entstehung der Einnahmen für ein einheitliches System sprachen sich die Experten nicht einheitlich für eine Beibehaltung der beitragsfinanzierten und damit am Prinzip der Leistungsgerechtigkeit orientierten Ausrichtung der gesetzlichen Krankenversicherung aus. Alternativ wäre es möglich, eine einheitliche Gesundheitspauschale zu erheben, die vom individuellen Krankheitsrisiko sowie dem eigenen Einkommen unabhängig ist, welche ebenfalls von den Experten nicht einheitlich befürwortet wurde. Heute überlegt sich ein wechselwilliger Versicherter, ob er statt des Höchstbeitrags zur GKV (rund 680 € pro Monat) lieber in die PKV mit einem günstigeren Beitrag wechselt (sofern er keine mitversicherten Familienangehörige hat). Eine Gesundheitspauschale von etwa 300 € im Monat (zzgl. höhere Steuern für alle) würde den Wechselanreiz massiv verringern. Die PKV ist, wenn man sich von Geburt an privat versichert, eine risikounabhängige Gesundheitspauschale. Die PKV könnte damit automatisch Teil des neuen Systems werden. Der Unterschied zwischen GKV und PKV läge dann noch im unterschiedlichen Vergütungsniveau für Leistungserbringer. Man könnte diesen Aspekt trennen: die Gesundheitspauschale übernimmt die Basisvergütung für Leistungserbringer, die gesetzliche und private Krankenversicherungen anbieten. Ein höheres Vergütungsniveau oder Zusatzleistungen würden zusätzlich privat hinzugekauft werden (Zusatz-PKV). Wichtig ist dabei, dass die Beihilfe in eine normale Krankenversicherung umgewandelt wird. Sie entspräche in etwa einer halben Gesundheitspauschale. Vergünstigungen müssten für Empfänger von Arbeitslosenunterstützung und Sozialhilfeempfänger berücksichtigt werden.

Eine Herausforderung des solidarischen Systems ist, dass die GKV sich nicht zu einem zweiten Steuersystem entwickelt, in dem die Bürger eine weitere Steuererklärung zum Zwecke der Entrichtung eines Beitrags zur GKV abgeben müssen. Konsequenz wären außerdem unnötige Doppelstrukturen in der Bürokratie (Finanzämter und Krankenkassen). Die Umverteilung innerhalb des Systems hat ordnungspolitische Konsequenzen. Dementsprechend wäre zu diskutieren, wie ausgeprägt der Anteil der Einkommensumverteilung innerhalb des Krankenversicherungssystems sein sollte oder ob dies besser durch eine Veränderung des Steuersystems erzielt werden kann. Inwieweit die Umverteilung der Einkommen über die Krankenversicherung stattfinden soll, wurde im Rahmen des Workshops von den Experten nicht einheitlich eingeschätzt.

Mit der Einführung des Einbezugs aller Bürgerinnen und Bürger in ein einheitliches System der solidarischen Krankenversicherung geht einher, dass der Leistungskatalog für dieses einheitliche und solidarische System überprüft wird. Dabei sollen die Leistungen der Pflege- und Krankenversicherung gemeinsam integriert werden und die Trennung von Kranken- und Pflegeversicherung aufgehoben. Die im Rahmen des allgemeinen Leistungskataloges erbrachten Leistungen werden einer genauen Evidenzüberprüfung unterworfen.

Für Leistungen außerhalb des allgemeinen Leistungskataloges gibt es weiterhin die Möglichkeit private Zusatzversicherungen abzuschließen. Versicherungsfremde Leistungen wie Prävention werden über den Bundeszuschuss, das heißt über Steuern finanziert. Nach Meinung der Experten wäre eine breitere Finanzierungsbasis voraussichtlich nicht notwendig, in einem neuen solidarischen Krankenversicherungssystem, bei dem alle PKV-Patienten berücksichtigt werden, da diese im Schnitt deutlich besser als der Durchschnitt verdienen. Damit würde die Einnahmensituation der neuausgerichteten GKV verbessert; das System würde stabilisiert.

Der Vorschlag für ein allgemeines, solidarisches System bedeutet keine sofortige Abschaffung der privaten Krankenversicherung, was aufgrund der Längsschnitorientierung im Sinne der Kapitaldeckung der Leistungen des PKV-Systems auf Individualebene nicht einfach zu bewältigen ist. Es ist insgesamt mit einer langen Übergangsphase von mehreren Jahrzehnten zu rechnen, da für die privat Versicherten Rücklagen existieren, die nicht ohne weiteres in ein solidarisches System überführt werden können. Vielmehr soll nach einer Übergangsphase das Wahlrecht zwischen PKV und GKV verwirklicht werden.

Insbesondere für die Übergangsphase, in der der Risikopool der PKV-Versicherten noch nicht vollständig in das neue System integriert ist, ist eine finanzielle Unterstützung und Ausgleichslösung erforderlich. Dies vor allem, da morbiditätsadjustierte Kennzahlen verzerrt sind, wenn gewisse Risikogruppen vollständig fehlen. Für diese Phase wird ein Ausgleichsfonds notwendig. Unter diesem Modell muss über eine Abwicklung bzw. Überführung der Beihilferegelung nachgedacht werden, da dieses für neu in den Arbeitsmarkt eintretende Beamte nicht mehr notwendig ist. Entsprechend müsste der Staat für die Beamten den halben Krankenkassenbeitrag übernehmen. An dieser Stelle ist mit Widerständen seitens der Beamtenverbände zu rechnen.

Der Übergang zu einem System, das alle Bürger erfasst, erfolgt dadurch, dass von einem Stichtag an alle Menschen versicherungspflichtig in der solidarischen Krankenversicherung werden, so z. B. auch Beamte und Selbständige. Im Bundesland Hamburg haben Beamte bereits seit 2017 ein echtes Wahlrecht zwischen GKV und PKV und der Arbeitgeberanteil für die GKV wird vom Land Hamburg gezahlt. Berechnungen für dieses Modell ergeben, dass die internen Renditen für die versicherten Beamten in etwa gleich hoch sind, d. h. es existieren kaum finanzielle Unterschiede für diese Gruppe (Bührer et al., 2018a). Aus Sicht der Gebietskörperschaften konnte in Bezug auf die Kosten der staatlichen Beihilfe für Beamte und Versorgungsempfänger gezeigt werden, dass eine solidarische Versicherung aller Bürger (entsprechend dem vormals als Bürgerversicherung diskutierte Modell) sich fiskalisch kurzfristig negativ und langfristig neutral oder positiv auswirkt (Bührer et al., 2018b; Ochmann et al. 2020).

Für den Übergang zu einer solidarischen Krankenversicherung gilt es, einige Widerstände zu überwinden. Zudem gibt es Anspruchsgruppen auf Seiten der Leistungserbringer, welche durch ein Auslaufen des PKV-Systems zumindest kurz- oder mittelfristig finanziell schlechter gestellt werden. Widerstände sind von Seiten der Ärzteschaft und der Gesundheitsberufe zu erwarten, da die Einnahmen aus dem PKV-System wegfallen bzw. graduell ersetzt werden. Die Unterschiede in der Vergütung zwischen GKV und PKV sind sehr hoch, so dass eine Reform die Rückgänge in der Leistungen für PKV-Patienten, geschätzte 3,9 Milliarden Euro im Jahr 2009, berücksichtigen müssen (Walendzik et al., 2009).

Die Bürger selbst müssen von einer einheitlichen und solidarischen Krankenversicherung überzeugt werden. In der Wahrnehmung stufen die Bürger die Qualität der Versorgung innerhalb des PKV-Systems als höherwertig ein, obwohl die Zufriedenheit unter den PKV-Versicherten abnimmt (Zok, 2012). Obwohl es Nachweise bezüglich der Unterschiede in den Wartezeiten gibt, die zeigen, dass die Wartezeiten für GKV-Patienten in der Tendenz länger sind (Lüngen et al., 2008; Schwierz et al., 2011), sind die Unterschiede im Leistungsumfang der medizinischen Leistungen gering. Es gibt keine klare Evidenz zu unterschiedlicher Behandlungsqualität der medizinisch erbrachten Leistungen über die Wartezeit hinaus, selbst wenn die Anzahl der Arztkontakte unter PKV-Versicherten höher sind (Hullegie & Klein, 2010; Stauder & Kossow, 2017).

In Bezug auf die (wahrgenommenen) Unterschiede in der Qualität der Versorgung zwischen GKV und PKV bedarf es bei einer Veränderung des Krankenversicherungssystems Aufklärungsarbeit. Vorbehalte, dass sich die Qualität der medizinischen Leistungen im Rahmen eines einheitlich solidarisch finanzierten Systems maßgeblich unterscheiden werden, sind zu begegnen. Unter der Annahme, dass die elektronische Gesundheitskarte und die neu eingeführte elektronische Patientenakte beibehalten werden, ergibt sich für vormals Privatversicherte der Vorteil, dass administrative Kosten, die durch die Einreichung von Rechnungen entstehen, wegfallen.

Die Idee einer einheitlichen und solidarisch finanzierten Krankenversicherung ist nicht neu und wurde vormals in ähnlicher Form (Stichwort Bürgerversicherung) im Zuge mehrerer Bundestagswahlkämpfe diskutiert (Jacobs, 2013; Wasem & Walendzik, 2011). Bisher wurde kein wesentlicher Vorstoß seitens der Politik erzielt und die Debatte hat in den letzten Jahren an Präsenz verloren. Viele grundsätzliche Überlegungen bezüglich eines Krankenversicherungssystems, wie im Rahmen dieses Workshops geäußert, bleiben trotzdem aufrecht. Für eine nachhaltige und zukunftsfähige Finanzierung der Gesundheitsversorgung ist ein Ende des dualen Systems und eine Überführung in ein solidarisch finanziertes einheitliches System der Krankenversicherung zwingend erforderlich. Dieser Ansicht waren sich die Experten weitgehend einig.

Vergütungsformen für digitalisierte und innovative Ansätze in Prävention und Gesundheitsversorgung

Für neue Technologien und digitale Angebote bedarf es Formen der Finanzierung und innovativer Vergütungskonzepte. Die Grundannahme der Experten hierbei ist, dass Innovationen im Bereich der digitalen Gesundheit mittelfristig nicht zu Kostenreduktionen führen, da die Zahl der Angebote sehr hoch sein wird. Deswegen sind transparente Bewertungsmodelle notwendig, um den Nutzen dieser Technologien für die Patienten zu identifizieren. Dies geschieht parallel zum oben aufgeführten Value Based Health Care Ansatz, der sich gleichermaßen stärker an den Ergebnissen (Outcomes) orientiert, die eine jeweilige Technologie erzielen kann. Neben der Notwendigkeit zur Finanzierung und einem einheitlichen Bewertungsmaßstab ist entscheidend, dass eine Offenheit für die durch die digitalen Gesundheitsangebote entstehenden Innovationen besteht und das System bereit ist, solche Innovationen in den bestehenden Kanon der Leistungen zu integrieren. Neben dem technischen Zugang von Anbietern digitaler Versorgung ist es notwendig, technologische und finanzielle Anreize für einen gleichberechtigten Zugang zu Gesundheitsleistungen zu setzen.

Die Experten sprechen sich als Lösungsansatz für ein **offenes Vergütungsmodell für digitalisierte und innovative Versorgungsformen** aus, welches Raum für Innovationen bietet. Dabei geht es um die Bereitstellung einer digitalen Infrastruktur für neue Versorgungsformen und die digitale Erbringung von Leistungen gleichzeitig. Im Rahmen dieses Modells gibt es transparente Bewertungsmodelle für neue Technologien anhand vorab definierter Kriterien. Bei der Bewertung sowie bei der Zulassung digitaler Versorgungsformen benötigt es insofern Veränderungen als dass diese Modelle zunächst erprobt werden müssen. Institutionen und Rahmenbedingungen sind erforderlich, die die Generierung von Evidenz für diese Technologien überwachen und Entscheidungen treffen, ob die Technologien nach einer Erprobungsphase weiter finanziert werden. Hier kommen klassische Ansätze zur Evidenzgenerierung wie klinische Versuche an ihre Grenzen, die erzielten Effekte zu ermitteln.

Im Zuge der Einführung eines offenen Vergütungsmodells für digitalisierte und innovative Versorgungsformen wird die Einrichtung einer Institution (Daten-Hub) notwendig. Ziel soll sein, die im Rahmen der einzelnen Anwendungen entstehenden Daten zu speichern, zu verarbeiten und für die anknüpfende (Versorgungs-)Forschung nutzbar zu machen. Durch eine zentrale Stelle werden gleichzeitig die Anforderungen an den Datenschutz gewährleistet. Für die Anbieter von Plattformen ist es notwendig, dass weitestgehend offene Schnittstellen existieren, was zum Beispiel über eine Blockchain-Implementierung erfolgen kann. Zudem ist es notwendig, dass Schnittstellen, welche ressourcenintensiv einzurichten und zu betreiben sind, von Seiten der Regulierer definiert werden. Diese Infrastrukturen sind heute nicht vorhanden und sollten durch den Daten-Hub sichergestellt werden.

Bestandteil des offenen Vergütungsmodells für digitalisierte und innovative Versorgungsformen ist es, den Akteuren Anreize zur Vernetzung im Sinne eines modularen Vergütungssystems zu geben. Eine wichtige Rolle spielt dabei, dass Anreize gesetzt werden, dass diese neuen Technologien die gesamte Bevölkerung berücksichtigen und keine Nischenanwendungen betreffen. Zudem soll es Anreize geben, dass speziell Anwendungen, die präventive Maßnahmen umfassen, berücksichtigt werden. Hierfür eignet sich ein Präventionsfonds, ähnlich zu den bereits vorgestellten Social Impact Bonds, der von den Trägern des öffentlichen Gesundheitsdienstes getragen wird. Zuletzt ist es wichtig, sektorale Grenzen zu überwinden. Digitale Anwendungen betreffen zumeist mehrere Disziplinen, so dass die interdisziplinäre Zusammenarbeit sichergestellt und gefördert werden soll. In diesem System ist entsprechend eine Anpassung der Vergütungssysteme der ärztlichen und pflegerischen Leistungen notwendig. Das Modell kann zunächst regional implementiert werden, um die Durchführbarkeit zu erproben.

Der Lösungsansatz der Experten für ein offenes Vergütungsmodell umfasst ein modulares und gemeinwohlorientiertes Vergütungssystem aus zwei Elementen. Das erste Modul umfasst einen grundfinanzierten Anteil und bezieht sich auf einzelne Regionen. Dies könnte Bestandteil des oben genannten, virtuellen regionalen Gesundheitsbudgets sein. Das zweite Modul umfasst eine leistungsorientierte Komponente, die daran gemessen wird, ob die vorhergesagten Outcomes tatsächlich erzielt werden, ähnlich zu den Value Based Health Care Konzepten aus Schweden.

Eine Herausforderung, dem dieses offene Finanzierungsmodell begegnen muss, ist ein niederschwelliger Zugang zu digitalen und telemedizinischen Technologien auf Seiten der Leistungserbringer. Gleiches gilt für den Zugang seitens der Bürger. Nicht jeder hat heute die IT-technischen Voraussetzungen, um an einer telemedizinischen Behandlung oder einem digitalen Präventionsprogramm teilzunehmen (Cornejo Müller et al., 2020). Das offene Finanzierungsmodell wird der Erwartung der Experten entsprechend von den Bürgern und den in diesem Markt tätigen Unternehmen befürwortet werden. Zugang zu digitaler Technologie entsteht durch einen verbindlichen gesetzlichen Rahmen. Für die Gesundheitsprofessionen ist zu erwarten, dass ein offenes Finanzierungsmodell für digitalisierte Versorgungsformen gleichzeitig Befürworter und Gegner haben wird. Zudem sind Bedenken der Bürger bezüglich der Datenverarbeitung und des Datenschutzes zu erwarten, die adressiert werden müssen.

Schlussfolgerungen

Eine nachhaltige Finanzierungsstruktur des deutschen Gesundheitssystems ist notwendig, da der demografische Wandel und der medizinisch-technische Fortschritt zu sinkenden Einnahmen und steigenden Ausgaben führen werden. Die anhaltende Corona-Pandemie wird diese Situation verschärfen. Die im Rahmen des Think Labs diskutierten Notwendigkeiten für Veränderungen in Finanzierung und Versorgung von Gesundheit und Gesundheitsleistungen haben erhebliche Auswirkungen, wenn ihnen nicht adäquat mit den geeigneten Maßnahmen begegnet wird. Die Experten erarbeiteten daher Lösungsansätze für die Finanzierung und Vergütung in folgenden Bereichen:

- Bevölkerungsbasierte Prävention
- Neue Vergütungsansätze
- Neustrukturierung der Krankenhausversorgung
- Neuausrichtung der Krankenversicherung
- Vergütungsformen für digitalisierte und innovative Ansätze in Prävention und Gesundheitsversorgung

Die von den Experten erarbeiteten Lösungsansätze zeigen auf, dass eine Weiterentwicklung in vielfältiger Art und Weise möglich ist und ein nachhaltiges System entsprechend der Vorstellungen der Bürger geschaffen werden kann, wenn diese Aspekte in die politischen Reformprozesse aufgenommen werden. Für die Mehrheit der erarbeiteten Lösungsansätze sind die Bereitschaft aller beteiligter Akteure zu Veränderungen sowie politische Prozesse notwendig, um diese erfolgreich umsetzen zu können. Nur wenn Widerstände erfolgreich überwunden werden, ist es möglich, das deutsche Gesundheitssystem nachhaltig und tragfähig zu gestalten. Im Rahmen eines zweitägigen Workshops können bei weitem keine fertigen Reformvorschläge erarbeitet werden. Jedoch wurden die großen Linien in Form spezifischer Lösungsansätze erkennbar, welche für die Gestaltung einer nachhaltigen Finanzierung des Gesundheitssystems in Deutschland möglich sind.

Expertinnen und Experten am 5. Think Lab:

Prof. Dr. Boris Augurzky, Stiftung Münch

Lina Behrens, Flying Health

Prof. Dr. Franz Benstetter, Technische Hochschule Rosenheim

Prof. Dr. Katharina Blankart, Universität Duisburg-Essen

Lisa Braun, Presseagentur Gesundheit

Prof. Dr. Reinhard Busse, Technische Universität Berlin

Dr. Susanne Eble, Bundesverband Managed Care e.V.

Dr. Stefan Etgeton, Bertelsmann Stiftung

Hans-Jürgen Firnkorn, ehem. Robert Bosch Stiftung GmbH

Prof. Dr. Detlev Ganten, WHS Foundation GmbH

Dr. Oliver Gröne, OptiMedis AG

Dietmar Haun, Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO)

Dr. Zun-Gon Kim, Boston Consulting Group

Dr. Ilona Köster-Steinebach, Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V.

Prof. Dr. Clarissa Kurscheid, Europäische Fachhochschule Rhein/Erft

Prof. Dr. Gabriele Meyer, Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg

Sascha Mundstein, Health Impact Transfer

Thomas Reumann, Landrat Landkreis Reutlingen

Dr. Gottfried Roller, Kreisgesundheitsamt Reutlingen

PD Dr. Andreas Schmid, Universität Bayreuth / Oberender AG

Mark Schmitt, Landratsamt Ludwigsburg

Prof. Dr. Jonas Schreyögg, Universität Hamburg

Uwe Schwenk, Bertelsmann Stiftung

Prof. Dr. Jürgen Wasem, Universität Duisburg-Essen

Dr. Matthias Zuchowski, Robert-Bosch-Krankenhaus GmbH

Die Affiliation entspricht dem Zeitpunkt des Think Labs.

Weiterführende Literatur

- Angerer, P., Gündel, H., Brandenburg, S., Letzel, S., Nienhaus, A., & Blum, K. (Hrsg.). (2019). Fachkräftemangel und Stellenbesetzungsprobleme im Krankenhaus – Bestandsaufnahme und Handlungsoptionen. In *Arbeiten im Gesundheitswesen* (S. 64 – 73). ecomed-Storck GmbH.
- Atal, J. P., Fang, H., Karlsson, M., & Ziebarth, N. R. (2020). Long-Term Health Insurance: Theory Meets Evidence (Nr. w26870). National Bureau of Economic Research. <https://doi.org/10.3386/w26870>
- Augurzky, B., Krolop, S., Pilny, A., Schmidt, C. M., & Wuckel, C. (2020). Krankenhaus-Rating Report 2020. medhochzwei Verlag GmbH.
- Avdic, D., Moscelli, G., Pilny, A., & Sriubaite, I. (2019). Subjective and objective quality and choice of hospital: Evidence from maternal care services in Germany. *Journal of Health Economics*, 68, 102229. <https://doi.org/10.1016/j.jhealeco.2019.102229>
- Bekelman, J. E., Halpern, S. D., Blankart, C. R., Bynum, J. P., Cohen, J., Fowler, R., Kaasa, S., Kwietniewski, L., Melberg, H. O., Onwuteaka-Philipsen, B., Oosterveld-Vlug, M., Pring, A., Schreyögg, J., Ulrich, C. M., Verne, J., Wunsch, H., & Emanuel, E. J. (2016). Comparison of Site of Death, Health Care Utilization, and Hospital Expenditures for Patients Dying With Cancer in 7 Developed Countries. *JAMA*, 315(3), 272 – 283. <https://doi.org/10.1001/jama.2015.18603>
- Bernal-Delgado, E., García-Armesto, S., Oliva, J., Martínez, F. I. S., Repullo, J. R., Peña-Longobardo, L. M., Ridao-López, M., & Hernández-Quevedo, C. (2018). *Health System Review 2018*. 209.
- Benstetter, F., Lauerer, M., Negele, D., Schmid, A. (2020): Prospektive regionale Gesundheitsbudgets: Internationale Erfahrungen und Implikationen für Deutschland. medhochzwei Verlag GmbH.
- Bolczek, C., Nimptsch, U., Möckel, M., Mansky, T. (2020). Versorgungsstrukturen und Mengen-Ergebnis-Beziehung beim akuten Herzinfarkt – Verlaufsbeobachtung der deutschlandweiten Krankenhausabrechnungsdaten von 2005 bis 2015, *Gesundheitswesen* 2020, 82(10): 777 – 785. <https://doi.org/10.1055/a-0829-6580>
- Böttinger, P. D. med E., & Putlitz, D. med J. zu. (2019). *Die Zukunft der Medizin: Disruptive Innovationen revolutionieren Medizin und Gesundheit*. Mit einem Geleitwort von Hasso Plattner. MWV.
- Bührer, C., Fetzer, S., & Hagist, C. (2018a). Das Hamburger Beihilfemodell – Ein Vergleich der internen Renditen von GKV und PKV. *Zeitschrift für die gesamte Versicherungswissenschaft*, 107(1), 85 – 108. <https://doi.org/10.1007/s12297-018-0398-1>
- Bührer, C., Fetzer, S., & Hagist, C. (2018b). Cui bono? – Die Bürgerversicherung und die Beihilfe. *Perspektiven der Wirtschaftspolitik*, 19(3), 210 – 225. <https://doi.org/10.1515/pwp-2017-0054>
- Busse, R., & Blümel, M. (2014). Germany – Health System review. *Health Systems in Transition*, 16(2), 1 – 196.

- Cornejo Müller, A., Wachtler, B., & Lampert, T. (2020). Digital Divide – Soziale Unterschiede in der Nutzung digitaler Gesundheitsangebote. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 63(2), 185 – 191. <https://doi.org/10.1007/s00103-019-03081-y>
- Costa-Font, J., & Rico, A. (2006). Devolution and the Interregional Inequalities in Health and Health-care in Spain. *Regional Studies*, 40(8), 875 – 887. <https://doi.org/10.1080/00343400600984346>
- Costa-Font, J., & Turati, G. (2018). Regional healthcare decentralization in unitary states: Equal spending, equal satisfaction? *Regional Studies*, 52(7), 974 – 985. <https://doi.org/10.1080/00343404.2017.1361527>
- Fleßa, S. (2020). *Kleinere Krankenhäuser im ländlichen Raum: Lösungsmodelle für eine finanzierbare Versorgung*. Springer Fachmedien Wiesbaden. <https://doi.org/10.1007/978-3-658-28105-2>
- Fleßa, S., Krohn, M., Scheer, D., & Hahnenkamp, K. (2016). Der Telenotarzt als Innovation des Rettungswesens im ländlichen Raum – eine gesundheitsökonomische Analyse für den Kreis Vorpommern-Greifswald. *Die Unternehmung*, 70(3), 248 – 262. <https://doi.org/10.5771/0042-059X-2016-3-248>
- Galitopoulou, S., & Noya, A. (2016). Understanding Social Impact Bonds.
- Hentschker, C., Mennicken, R. (2015). The Volume Outcome Relationship and Minimum Volume Standards – Empirical Evidence for Germany. *Health Econ.*, 24, 644 – 658. <https://doi.org/10.1002/hec.3051>
- Hullegie, P., & Klein, T. J. (2010). The effect of private health insurance on medical care utilization and self-assessed health in Germany. *Health Economics*, 19(9), 1048 – 1062. <https://doi.org/10.1002/hec.1642>
- Jacobs, K. (2013). Vom dualen System zum einheitlichen Krankenversicherungsmarkt. *Gesundheits- und Sozialpolitik*, 67(2/3), 21 – 27.
- Klemperer, D. (2017). Überversorgung und Unterversorgung. *Gesundheits- und Sozialpolitik*, 71(3/4), 63 – 67.
- Krämer, J., Schreyögg, J., & Busse, R. (2017). Classification of hospital admissions into emergency and elective care: A machine learning approach. *Health Care Management Science*. <https://doi.org/10.1007/s10729-017-9423-5>
- Lüngen, M., Stollenwerk, B., Messner, P., Lauterbach, K. W., & Gerber, A. (2008). Waiting times for elective treatments according to insurance status: A randomized empirical study in Germany. *International journal for equity in health*, 7, 1. <https://doi.org/10.1186/1475-9276-7-1>
- Mehring, M., Donnachie, E., Schneider, A., Tauscher, M., Gerlach, R., Storr, C., Linde, K., Mielck, A., & Maier, W. (2017). Impact of regional socioeconomic variation on coordination and cost of ambulatory care: Investigation of claims data from Bavaria, Germany. *BMJ Open*, 7(10), e016218. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-016218>

Nimptsch, U., & Mansky, T. (2017). Hospital volume and mortality for 25 types of inpatient treatment in German hospitals: Observational study using complete national data from 2009 to 2014.

BMJ Open, 7(9). <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-016184>

Ochmann, R., Albrecht, M., Schiffhorst, G. (2020). Geteilter Krankenversicherungsmarkt: Risikoselektion und regionale Verteilung der Ärzte. Bertelsmann Stiftung. <https://doi.org/10.11586/2020005>

OECD. (2021). Doctors (indicator). OECD. <https://doi.org/10.1787/4355e1ec-en>

Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. (2014). Bedarfsgerechte Versorgung – Perspektiven für ländliche Regionen und ausgewählte Leistungsbereiche.

Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. (2018). Bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung. <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/presse/pressemitteilungen/2018/3-quarteral/uebergabe-svr-gutachten.html>

Schang, L., Sundmacher, L., & Grill, E. (2020). Neue Formen der Zusammenarbeit im ambulanten und stationären Sektor: Ein innovatives Förderkonzept. Gesundheitswesen (Bundesverbandes der Ärztinnen und Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes), 82(6), 514–519.

<https://doi.org/10.1055/a-0829-6465>

Schmid A. (2020), Optionen für eine zukunftsfähige Vergütung aus Perspektive der Primärversorgung, Gesundheits- und Sozialpolitik, 74(6), S. 6–13. <https://doi.org/10.5771/1611-5821-2020-6-6>

Schwarz, P. E., Greaves, C. J., Lindström, J., Yates, T., & Davies, M. J. (2012). Nonpharmacological interventions for the prevention of type 2 diabetes mellitus. Nature Reviews Endocrinology, 8(6), 363–373. <https://doi.org/10.1038/nrendo.2011.232>

Schwierz, C., Wübker, A., Wübker, A., & Kuchinke, B. A. (2011). Discrimination in waiting times by insurance type and financial soundness of German acute care hospitals. The European Journal of Health Economics, 12(5), 405–416. <https://doi.org/10.1007/s10198-010-0254-2>

Statistisches Bundesamt. (2021a). Gesundheitsausgaben. https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Gesundheitsausgaben/_inhalt.html

Statistisches Bundesamt. (2021b). Gesundheitsausgaben nach Leistungsarten. [https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Gesundheitsausgaben/Tabellen/leistungsarten.html?view=main\[Print\]](https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Gesundheitsausgaben/Tabellen/leistungsarten.html?view=main[Print])

Stauder, J., & Kossow, T. (2017). Selektion oder bessere Leistungen – Warum sind Privatversicherte gesünder als gesetzlich Versicherte? Das Gesundheitswesen, 79(3), 181–187.

<https://doi.org/10.1055/s-0042-104583>

The Boston Consulting Group. (2021, Januar 8). Paying for Value in Health Care. BCG Global. <https://www.bcg.com/publications/2019/paying-value-health-care>

Thiemann, D. R., Coresh, J., Oetgen, W. J., & Powe, N. R. (1999). The Association between Hospital Volume and Survival after Acute Myocardial Infarction in Elderly Patients. New England Journal of Medicine, 340(21), 1640–1648. <https://doi.org/10.1056/NEJM199905273402106>

Walenzik, A., Greß, S., Manouguian, M., & Wasem, J. (2009). „Vergütungsunterschiede im ambulanten ärztlichen Bereich zwischen PKV und GKV und Modelle der Vergütungsangleichung.“ *Sozialer Fortschritt / German Review of Social Policy*, 58(4), 63–69.

Wasem, J., & Walenzik, A. (2011). Optionen zur „Überwindung“ der Marktabgrenzung zwischen GKV und PKV. In *Reformkonzepte im Gesundheitswesen nach der Wahl: 14. Bad Orber Gespräche über kontroverse Themen im Gesundheitswesen – 12. – 13. November 2009* (S. 43–66). Peter Lang International Academic Publishers.

World Health Organization. (2021). *Global Health Expenditure Database – 2018 Current Health Expenditure per Capita in PPP*. <https://apps.who.int/nha/database/ViewData/Indicators/en>

Zok, K. (2012). Ergebnisse einer Umfrage unter GKV- und PKV-Versicherten. *WIdO Monitor*, 9(2), 1–8.

Impressum

Das Diskussionspapier Think Lab 5
„Finanzierung und Vergütung eines nachhaltigen
Gesundheitssystems – Ansätze und Möglichkeiten“
erscheint als Teil der Initiative „Neustart!
Reformwerkstatt für unser Gesundheitswesen“,
ein Projekt der Robert Bosch Stiftung.

Herausgegeben von der

Robert Bosch Stiftung GmbH
Heidehofstraße 31, 70184 Stuttgart
www.bosch-stiftung.de

Kontakt in der Stiftung

Irina Cichon
Telefon +49 711 46084-139
irina.cichon@bosch-stiftung.de

Copyright

Robert Bosch Stiftung GmbH
Stuttgart, 2021
Alle Rechte vorbehalten.

Redaktion

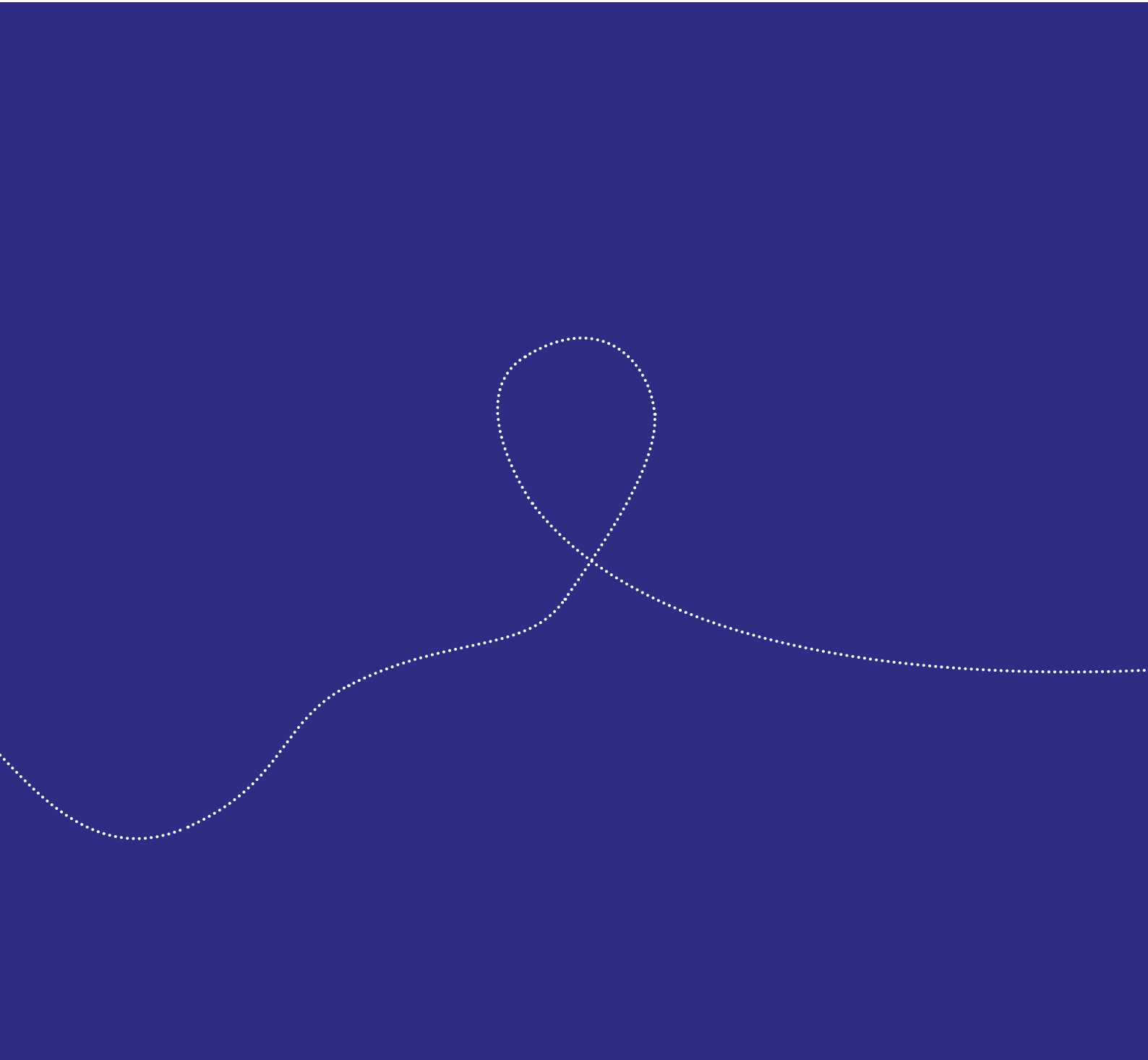
Prof. Dr. Katharina Blankart, Universität Duisburg-Essen
Prof. Dr. Mujaheed Shaikh, Hertie School gGmbH

Gestaltung

siegel konzeption | gestaltung, Stuttgart

Zitierhinweis

Robert Bosch Stiftung & Hertie School. 2021.
Finanzierung und Vergütung eines nachhaltigen
Gesundheitssystems – Ansätze und Möglichkeiten.
Diskussionspapier – Think Lab 5. Stuttgart.



[bosch-stiftung.de](https://www.bosch-stiftung.de)