

Policy Paper: Zur Genesung des Gesundheitssystems: Ein Reformkonzept

Ein ökonomischer Vorschlag zur nachhaltigen Optimierung des deutschen Gesundheitswesens

Mai 2021



Policy Paper

Zur Genesung des Gesundheitssystems: Ein Reformkonzept

Ein ökonomischer Vorschlag zur nachhaltigen Optimierung des deutschen Gesundheitswesens

Problem

Spätestens im Jahre 2020 hat die Welt gemerkt, dass die zunehmende Globalisierung nicht nur Finanzmärkte, Wirtschafts- und Handelssysteme und Staatsstrukturen zunehmend unter Druck setzt, sondern auch lang etablierte Gesundheitssysteme. Die Covid-19 Pandemie hat Expert*innen Anlass gegeben, auf verschiedensten Gebieten bereits manifestierte Dogmen neu zu hinterfragen und Lösungsvorschläge für krisenfestere politische, wirtschaftliche und gesellschaftliche Systeme vorzuschlagen.

In Bezug auf das deutsche Gesundheitssystem, welches auf der einen Seite seit Jahrzehnten als eines der besten Gesundheitssysteme der Welt gilt, jedoch insbesondere in den vergangenen Jahren seine deutlichen Schwächen aufgezeigt hat, möchte der Think Tank Epis ansetzen und mit diesem Policy Proposal klare Handlungsempfehlungen für eine umfassende Reform vorschlagen. Die Gründe hierfür sind vielfältig:

Im internationalen Vergleich ist die Behandlungsnachfrage in Deutschland überproportional hoch, was insbesondere in ländlichen Gebieten zu einem akuten Ärzt*innenmangel und damit langen Warte- und (zu) kurzen Besprechungs- und Behandlungszeiten für Patient*innen führt. Dies wirkt sich auf die allgemeine Therapiequalität aus, auch aufgrund der Tatsache, dass in deutschen Krankenhäusern medizinische Fachkräfte aufgrund von Personal- und Pflegemangel überlangen Arbeitszeiten ausgesetzt sind. Die Unangemessenheit der Entlohnung von Pflegekräften trägt diesem Trend zusätzlich negativ bei und öffnet eine Spirale mangelnder Pflegequalität. Hinzu kommt ein hochkomplexes Preisbildungssystem mit verzerrender Wirkung, sodass die umfangreiche und stetig wachsende Nachfrage nach medizinischer Behandlung auf abweichend gelagerte Angebotsreize trifft. All dies spielt sich in einem einzigartigen Versicherungssystem ab, welches sich einer Reihe von Effizienz-, Qualitäts- und Preisfragen stellen muss.

Derartige systemimmanente Konflikte mittel- und langfristig durch folgende Handlungsempfehlungen in den Griff zu bekommen – das ist das Ziel dieses Epis Policy Proposals.

Key Takeaways:

Epis verfolgt mit seinem Lösungsansatz grundsätzlich **vier konkretisierte Ziele**:

- (1) die Erweiterung des medizinisch-therapeutischen Leistungsangebots,
- (2) die Distribution vorhandener Ressourcen näher anhand der tatsächlichen Bedürfnisse von Patient*innen,
- (3) eine Verbesserung der Arbeitsbedingungen von Pflegekräften und Ärzt*innen,
- (4) gleichzeitig die Verhinderung eines branchenweiten inflationsartigen Preisanstiegs.

Daher schlagen wir im Einzelnen folgende **sechs Maßnahmen** vor:

1. Herabsetzung medizinischer Berufsausübungs- und Gewerbebegründungshürden

Durch gezielte Schaffung von mehr medizinischen Ausbildungsplätzen, der rechtlichen Erleichterung von Praxisgründungen, Anreizsetzungen für mehr Kliniken in unterversorgten Regionen und beschleunigte Zulassungsverfahren für pharmazeutische Produkte können mehr Angebote geschaffen und somit zusätzlich im Zuge des Preiswettbewerbs Gesundheitskosten gesenkt werden.

2. Optimierung des DRG-Klassifikationssystems

Das Pauschalvergütungssystem DRG (Diagnosis Related Groups) soll sich nur noch an den tatsächlich erforderlichen Prozessen ausrichten und dabei neben einem fixen Orientierungspreis hinreichend Flexibilität für weitere Leistungsunterschiede (z.B. in der Pflege oder neue Verfahren) lassen. Die Berechnung der Orientierungspreise soll dabei vereinfacht digitalisiert erfolgen, um wertvolle Arbeitszeit der Behandelnden für therapeutische Betätigungen zu sparen. So werden die tatsächlichen Therapieerfordernisse in der Preisbildung besser repräsentiert und eine effiziente Budgetaufteilungen erleichtert.

3. Lockerung des Arzthaftungsrechts und der Dokumentationspflichten

Durch erhöhtes Vertrauen in das medizinische Fachpersonal können weitere Arbeitszeit gewonnen und erhebliche Verwaltungskosten eingespart werden. Hierfür sind neben der erwähnten Vereinfachung des Abrechnungssystems eine Aufweichung der Dokumentationspflichten sowie des Arzthaftungsrechts vorgesehen.

4. Umstrukturierung des Versicherungsmarktes

Um mittels Preiswettbewerb auf Intermediäresebene die gesundheitlichen Gesamtausgaben weiter zu senken und die Transparenz der Versicherungsangebote zu erhöhen, sollen einerseits komplexe Beitragssysteme, die mit hoher Informationsverschleierung für Verbraucher und Preisverzerrungen einhergehen, entflechtet, andererseits Marktzutrittsschranken für potentielle und ausländische Anbieter herabgesetzt werden.

5. Umgestaltung der Krankenhausplanung

Die verbindliche und gesetzlich vorbestimmte Objektplanung der Länder zur Krankenhausversorgung soll durch eine flexibel gehaltene Bedarfsplanungen ersetzt werden, die eine schnellere Kommunikation zwischen den betroffenen Stellen ermöglicht und eine adäquater und effizientere Versorgung vor Ort gewährleistet.

6. Förderung der Pflegeberufe

Pflegekräfte verdienen nicht nur fairere Gehälter, sondern auch mehr Anerkennung. Daher soll durch die Akademisierung der Ausbildung das Ansehen des Berufsbilds gesteigert werden. Zudem sind ein branchenspezifischer Mindestlohn und eine Staffelung der Löhne vorgesehen. Das steigert auch die Behandlungsqualität für Patient*innen.

Analyse & Diskussion:

Im Zuge der Auseinandersetzung mit der Frage nach einer realistischen Verbesserung des Gesundheitswesens hat Epis zwei einführende Veranstaltungen durchgeführt. Zunächst präsentierte Epis-Mitglied Fabio Stark allen Interessierten einen Reader, in welchem er eine überblickshafte vergleichende wirtschaftliche Analyse der Gesundheitssysteme in Deutschland und den USA vornahm. Zur weiteren Vertiefung wurde im weiteren Verlauf eine Expertendiskussion zwischen den Gesundheitsökonom H. Reiners (Berlin) und Prof. G. Neubauer (München) einberaumt, die neben weiteren Erkenntnisgewinnen auch mögliche Reformansätze zum Gegenstand hatte. Abschließend erfolgte die Ausarbeitung unserer Empfehlungen durch Fabio Stark und Paul Dießelberg.

I. Ausgangslage

Nahezu uneingeschränkt zugängliche Versorgung, hohe Dichte an medizinischem Personal und Angebot sowie kontrollierte Preise für Versorgung und Pharmazeutika – das deutsche Gesundheitssystem scheint im internationalen Vergleich als eines der besten der Welt.¹ Auch die Zahlen dahinter sind enorm: Insgesamt betragen die Gesundheitsausgaben in Deutschland 2017 375,6 Mrd. Euro. Das entspricht Pro-Kopf-Kosten i.H.v. 4.544 Euro und satten 11,25% des BIPs.² Bereits gegenüber dem Vorjahr sind diese Summen um 4,7% gestiegen, im Vergleich zu 2007 (nominal) um ca. 32%.³ Auf 1.000 Einwohner*innen kamen dabei im Schnitt 4,3 praktizierende Ärzt*innen,⁴ wobei erhebliche regionale Unterschiede – mithin weniger zwischen Ost und West als zwischen Stadt und Land – festzustellen sind. Im selben Jahr standen 6,015 Krankenhausbetten je 1.000 Einwohner*innen zur Verfügung.⁵

1. Strukturmerkmale des deutschen Gesundheitssystems

Das deutsche Gesundheitssystem ist nach dem „Bismarck-Modell“ organisiert und weicht damit von dem britischen „Beveridge-Modell“ ab. Das wesentliche Merkmal des Bismarck-Modells liegt in dem zentralen Sozialversicherungsprinzip, bei welchem sich die Finanzierung aller gesundheitlichen Leistungen auf gesetzlich garantierte Versicherungen als Brücken zwischen Patient*innen und Versorgern stützt. Dies mündet in üblicherweise gestaffelten gesonderten Beitragszahlungen der Versicherungsnehmer*innen, in deren Rahmen sich die individuelle Versicherungsleistung an eben diesen Beitragszahlungen anpasst. Das Bismarck-Modell sichert damit das Versichert-sein von Sozialschwachen, schafft jedoch keinen direkten Umverteilungseffekt, wie es dem Beveridge-Modell immanent ist.⁶ Gleichzeitig erlaubt das deutsche System einen diversen Markt von medizinischen Anbietern, sodass jeweils etwa ein Drittel der deutschen Kliniken von privaten Unternehmen, kirchlichen oder gemeinnützigen Trägern und öffentlich-rechtlichen Körperschaften betrieben wird.⁷

Eine Besonderheit des deutschen Systems ist jedoch die Parallelität von gesetzlichen und privaten Krankenversicherungen auf demselben Markt. Etwa 10,5% der Versicherten nehmen diese privaten Leistungen in Anspruch, während etwa 88% gesetzlich versichert sind.⁸ Historisch sind die privaten Versicherungen aus gruppenbezogenen Versicherungskammern erwachsen und bilden bis heute einzig bestimmte gesellschaftliche Schichten ab, obwohl mittlerweile Wahlfreiheit zwischen den Anbietern herrscht.

Hieraus wird meist ein Zwei-Klassen-System abgeleitet, welches erhebliche Qualitätsunterschiede in Sachen Zusatzleistungen, Krankenzimmergestaltung, Behandlungszeiten und Speiseangebot aufzeigt, therapeutisch relevante Behandlungsunterschiede jedoch selten festzustellen sind. Paradoxerweise hat die gesetzliche Konsolidierung des medizinischen Angebots unter Entkoppelung der Preispolitik sogar zu dem Ergebnis geführt, dass die privaten Krankenversicherungen für äquivalente klinische und ambulante Leistungen erheblich mehr zahlen müssen als ihre großen gesetzlichen Konkurrenten.⁹

Das klassische Bismarck-Modell übernimmt heute zudem nicht nur den Lohnausfall, sondern auch die Kosten der jeweiligen Behandlung anhand eines Pauschalpreissystems, um komplizierte Abrechnungsverfahren in Bezug auf die Individualvergütung und eskalierende Preisinflationen im Gesundheitsmarkt zu vermeiden. Letzteres soll durch gesetzlich festgesetzte Höchstpreise erreicht werden, was einen der hauptsächlichsten Unterscheidungspunkte zwischen privaten und gesetzlichen Krankenkassen darstellt.

Das Diagnosis Related Groups Klassifikationssystem (DRG) löste dann die tagesbezogenen Pflegesätze für Krankenhäuser ab, was bedeutete, dass von nun an diagnoseabhängige Pauschalsummen an die therapeutischen Einrichtungen gezahlt werden, deren Höhe sich nach (immer wieder modifizierten) Erfahrungssätzen aus typisierten Fällen richtet. Daraus erwächst eine zunehmende Komplexität des Mechanismus, welcher stets mehr und mehr Diagnosemuster und weitere Faktoren in die Berechnung miteinbezieht, ohne dass dabei echte Einheitlichkeit in den Abrechnungen gewährleistet werden kann. Deshalb richtet sich auch nach Meinung der seitens Epis geladenen Experten das medizinische Angebot mittlerweile eher nach dem finanziellen Anreiz des Therapiespektrums aus, die tatsächlichen Bedürfnisse der Patient*innen

werden immer weniger individuell berücksichtigt.¹⁰

2. Probleme im deutschen Gesundheitssystem

a) Strukturell

Die Nachfrage nach medizinischer Versorgung ist in Deutschland ungewöhnlich hoch. Häufiger als siebzehnmals besuchte der Durchschnittsdeutsche 2016 eine/n Ärzt*in – ein internationaler Spitzenwert.¹¹ Dadurch entsteht ein relativer Ärzten-, vor allem aber Pflegekräftemangel, insbesondere in ländlichen Regionen, die für Berufsanfänger*innen immer mehr an Attraktivität verlieren, was sich aufgrund von langen Warte- und kurzen Besprechungszeiten langfristig auch auf die Therapiequalität auswirkt.

b) Personell

Der teils massive Personalmangel führt zudem zu überlangen Arbeitszeiten für medizinische Fachkräfte, was direkte Auswirkungen auf in Krankenhäusern stationär zu behandelnde Patient*innen hat: Laut einer AOK-Studie aus 2014 ist die Wahrscheinlichkeit, aufgrund eines klinischen Behandlungsfehlers zu sterben, rund fünf Mal höher als in einem Verkehrsunfall.¹²

Nach Ansicht mancher kann zudem auch hierzulande das Phänomen der Defensivmedizin beobachtet werden: Die hohen haftungsrechtlichen Standards für Ärzt*innen würden tendenziell zu einem Zuviel therapeutischer Maßnahmen führen, was erneut zu Kapazitätskonflikten führe. Nach anderer Auffassung liegt das Hauptproblem hierbei jedoch eher im fehler- und lückenhaften Berufshaftungsversicherungsschutz deutscher Mediziner*innen.

c) Preissystem

Das DRG-Verfahren trägt zudem zu einem Preissystem mit verzerrender Wirkung bei, denn es hat nicht nur zur Konsequenz, dass die umfangreiche Nachfrage auf

abweichend gelagerte Angebotsanreize trifft, es werden zudem tendenziell auch zu viele Patient*innen stationär (dafür aber zu kurz) behandelt.

Zudem ist ein preisbildungsspezifisches Problem zu erkennen: da die Patient*innen durch ihre Versichertenstellung keine Signalwirkung des Preises mehr erfahren, werden grundsätzlich deutlich mehr medizinische Leistungen in Anspruch genommen als notwendig. Auch das führt zu erheblichen Fehlverteilungen der Ressourcen, was insbesondere in deutschen Notaufnahmen beobachtet werden kann.

d) Pflege

Gravierend zeigt sich auch hier insbesondere die Situation des deutschen Pflegewesens: Auch aufgrund überbordender Dokumentationspflichten wird die reale Behandlungszeit für Patient*innen immer knapper, weshalb sich die Pflegekräfte zusehends aufgerieben und überfordert zeigen – ein Effekt, der durch den gerade hierauf beruhenden steten Personalrückgang noch verstärkt wird. Dies wiederum erzeugt einhergehend mit den unangemessen niedrigen Löhnen und dem mäßigen gesellschaftlichen Ansehen der Berufsgruppe insgesamt große Resignation in der gesamten Branche.

e) Klinische und ambulante Versorgung

Ein erhebliches Konfliktpotential trägt zudem die deutsche Krankenhausplanung in sich: In den teils trägen Verhandlungen zwischen den Beteiligten dieser Konferenzen – d.h. den Vertreter*innen der Landeskrankenhausgesellschaften, der Versicherungen sowie der Bundesländer – über Bestand und Entwicklung der sogenannten Plankrankenhäuser (solche, die nach § 108 SGB V von den Versicherern bei erfolgter Behandlung zwingend vergütet werden müssen) entstehen immer wieder signifikante Planungsfehler. Mitursächlich hierfür sind oft Widerstände in der Öffentlichkeit, aber eben auch die allgemeine

Ineffizienz staatlicher Planung. So kann argumentiert werden, dass, obwohl die gesetzliche Regulierung doch gerade die hinreichende Grundversorgung mit Krankenhausbetten gewährleisten soll, in den vergangenen Jahren dennoch vermehrt Krankenhäuser geschlossen haben, und zwar auch in solchen Regionen, die Bedarf hätten.

Dabei werden deutsche Kliniken auch deshalb vermehrt in Anspruch genommen, weil sich die ambulante Versorgung regelmäßig überfordert zeigt. Neben den bereits angesprochenen mangelnden Anreizen für Ärzt*innen in den ländlichen Regionen trägt auch das Überweisungssystem dazu bei, aufgrund dessen wegen eines Anliegens mindestens zwei Termine – zunächst beim Hausarzt, dann bei dem/r Spezialist*in – wahrgenommen werden müssen.

Gleich der gesetzlichen Krankenhausplanung bringt auch die kassenärztliche Bedarfsplanung zusätzliche signifikante Probleme mit sich: Dabei werden durch in §§ 95 ff., 103 SGB V geregelte Zulassungsverfahren durch die öffentlich-rechtlichen kassenärztlichen Vereinigungen zuvor in ihrer Anzahl begrenzte (§ 99 SGB V), regionale Vertragsarztstellen an Antragssteller vergeben. Dabei ist es nur den Vertragsärzt*innen gestattet, sozialversicherte Patient*innen zu behandeln – also die überwältigende Mehrheit der Nachfrager*innen. Zwar kann sich grundsätzlich jede/r approbierte Ärzt*in bewerben, durch die Bedarfsplanung wird jedoch nur ein begrenztes Kontingent an Stellen vergeben. In der Praxis zeigen sich zudem einige Nachteile in der Berufsausübung, wie bspw. zusätzliche bürokratische Anforderungen, Reglementierungen und Budgetbeschränkungen. Insbesondere aus wettbewerblicher Perspektive erscheint dabei diese Form des modernen „Zunftwesens“ fragwürdig; schließlich entscheiden somit praktizierende Kassenärzt*innen über die künftige Zulässigkeit ihrer Konkurrenz.

f) Insgesamt

Trotz eines deutlich größeren medizinischen Angebots und entsprechend hohen Ausgaben mangelt es Deutschland weiterhin an entsprechenden, insbesondere personellen Ressourcen, was in qualitativen Mängeln und in weniger regulierten Branchen wie der Pharmazie auch in gewaltigen Kostensteigerungen mündet, und auf eine immer größer werdende Nachfrage zurückzuführen ist. Ein Problem, dass in einer alternden Gesellschaft mit sinkender Geburtenrate in Zukunft noch an Relevanz gewinnen wird. In diesem Kontext wirkt es schon paradox, dass die gesetzlichen Krankenversicherungen im Jahr 2017 einen Überschuss i.H.v. 3,15 Mrd. Euro erwirtschaften konnten.¹³

II. Unsere Empfehlungen

Ausgehend von der dargestellten Analyse kommen wir zu folgenden Schlussfolgerungen: Wie bei jedem Interaktionsraum, in welchem begrenzte Ressourcen adäquat verteilt werden müssen, handelt es sich auch beim Gesundheitswesen grundsätzlich um einen Markt im wirtschaftlichen Sinne. Für diesen gelten die gleichen Effizienz- und Effektivitätsanforderungen wie für alle anderen Märkte auch: Das Angebot muss sich nach den tatsächlichen Bedürfnissen der Nachfrageseite ausrichten und sich rasch und flexibel an diese anpassen können, andernfalls kommt es zu Versorgungsengpässen, welche gerade in der Medizin fatale, schlimmstenfalls tödliche Folgen haben können. Der Gesundheitsmarkt im Speziellen zeichnet sich jedoch zusätzlich durch einige Struktur-immanente, theoretisch wie empirisch nachweisbare Ungleichgewichte zulasten der Nachfragenden – also der Patient*innen – aus, weshalb eine normale Preisbildung im Zuge der unmittelbaren Angebots-Nachfragekonfrontation berechnete Bedenken bereitet. In Deutschland müssen daher sowohl der flächendeckende und umfassende gesetzliche Versicherungsschutz als auch die gedeckelte Pauschalhöchstpreisung

erhalten werden: Nur so können erfolgreich implodierende Gesundheitskosten und somit ein Ausschluss wirtschaftlich schwacher Gruppen aus der Versorgung verhindert werden.

Vielmehr gilt es, den hierdurch erzeugten eklatanten Allokationsproblemen, welche sich höchstwahrscheinlich durch den demographischen Wandel künftig noch verstärken werden, durch eine umfassende Flexibilisierung und Liberalisierung des Gesundheitssystems in allen Teilbereichen zu begegnen. Im Einzelnen bedeutet das erstens, mehr medizinisches Angebot zu schaffen und somit zum einen effektiven Preis- und Qualitätswettbewerb zum Wohle der Patient*innen zu ermöglichen, zum anderen Mangelversorgung zu verhindern. Zweitens müssen Wege gefunden werden, das vorhandene Angebot deutlich besser an jene zu vermitteln, die es tatsächlich benötigen. Drittens bedürfen die Arbeitsbedingungen von Ärzt*innen und vor allem Pflegekräften einer erheblichen Verbesserung, damit diese hochrelevanten Berufsfelder attraktiv gehalten und zusätzlich die Behandlungsqualität weiter gesteigert werden kann. Bei alledem müssen jedoch Preisexplosionen, wie sie andernorts seit langer Zeit beobachtet werden können, tunlichst vermieden werden. All dies lässt sich unserer Überzeugung nach durch folgende konkrete Maßnahmen erzielen:

1. Herabsetzung medizinischer Berufsausübungs- und Gewerbebegründungshürden

Für ein Gesundheitssystem ist es unerlässlich, genügend Kapazitäten in personeller und institutioneller Hinsicht zu schaffen sowie diese möglichst breit zu streuen.

Dafür ist es essentiell, an der Menge an sowie dem Zugang zu medizinischen Ausbildungsmöglichkeiten anzusetzen und die Zugangshürden zu zum Beispiel dem Medizinstudium neu zu evaluieren. Aktuell setzt sich das universitäre Auswahlverfahren so

zusammen, dass 30% der Studierenden durch ihre Abiturnote ausgewählt werden, 60% durch Auswahlverfahren der Hochschulen (wie beispielsweise durch den „Mediziner*innentest“) und 10% durch zusätzliche Eignungsquoten bzw. Wartelisten. Wir schlagen vor, dieses System grundlegend neu aufzuteilen und eine bundesweit einheitliche Pflicht des Absolvierens eines Mediziner*innentests festzulegen, quasi die hochschuleigenen Auswahlverfahren zu vereinheitlichen und somit durch eine von dem Bewerber*innenmarkt allein gesteuerte Nachfrage unterschiedliche Zugangshürden herzustellen. Die 30% Studierenden, die aktuell allein durch die Abiturnote Zugang zum Medizinstudium finden, sollen somit nicht mehr allein aufgrund ihrer Note zugelassen werden können. Vielmehr muss der Mediziner*innentest mit der Abiturnote verrechnet werden, wobei die Abiturnote nur etwa ein Drittel des Verhältnisses ausmacht. Gleichzeitig soll aus Fairnessgründen die zusätzliche Eignungsquote auf 20% angehoben werden. Diese soll allein von den Universitäten selbst ausgestaltet werden, um nicht nur wartende Bewerber*innen individuell zu berücksichtigen, sondern auch bewerbungsspezifische, qualitative Kriterien festzulegen (Motivationsschreiben, Bewerbungsgespräche etc.). Letztlich wird es aber unerlässlich sein, insgesamt die Zahl der Studienplätze in den nächsten 10 Jahren auf mindestens 30% zu erhöhen. Somit schafft man eine insgesamt fairere Verteilung von Studienplätzen in der Medizin und bietet mehr Raum für motivierte Studierende, ohne die Gefahr größerer Abbruchquoten.

Ein weiterer gewichtiger Ansatzpunkt in der ambulanten Versorgung ist die Auflösung, zumindest aber eine grundlegende Flexibilisierung des Vertragsarztmodells: Nicht nur führt die beschränkte und teils unnötig aufwändige Zulassung durch den Zulassungsausschuss gem. § 103 SGB V zu Versorgungsproblemen (welche doch gerade durch die gesetzliche Bedarfsplanung verhindert werden sollen). Auch wird der Beruf durch die vielfältigen Beschränkungen wie

Budgetierung, Reglementierung, Bürokratisierung und verschlechterte Vergütungen zunehmend unattraktiv, was folglich zu einer Abwanderung potentieller Vertragsärzt*innen in andere, freiere Bereiche, teils sogar andere Länder zu führen droht und mitunter bereits führt. Dies schadet der flächendeckenden medizinischen Versorgung in den einzelnen, insbesondere ländlicheren Regionen erheblich. Auch kommt der Verdacht auf, dass eine Vereinigung praktizierender Vertragsärzt*innen ihre Bedarfsplanung nicht nur an der tatsächlichen Versorgungslage ausrichten, sondern auch an eigenwirtschaftlichen Interessen, was freilich dem Wettbewerb und somit der Infrastruktur im Ganzen schadet.

Folglich sprechen wir uns für die Abschaffung der Bedarfsplanung und Zulassung nach §§ 95 ff, 99 ff. SGB V aus und fordern, alle approbierten Ärzt*innen verfahrensfrei in die kassenärztliche Versorgung mit einzubinden. Die darüber hinausreichenden Sonderbedingungen in der Berufsausübung sind weder gerechtfertigt noch sachdienlich, und gehören gleichermaßen abgeschafft. Ganz im Gegenteil sollten vielmehr auch seitens der Kassenärztlichen Vereinigungen gezielt *Anreize* für Stellen in unterversorgten Regionen geschaffen werden, beispielsweise durch Prämien, haftungsrechtliche Erleichterungen und Sonderleistungen wie vergünstigten Fortbildungen.

2. Optimierung des DRG-Systems

Das seit nunmehr zwei Jahrzehnten auch in Deutschland angewandte DRG-Klassifikationssystem macht aufgrund seiner fortschreitenden Verkomplizierung mittlerweile die Beschäftigung eigens auf seine Durchführung spezialisierten Fachpersonals, sog. Medizinischer Kodierfachkräfte (MKF), erforderlich. Als Berechnungsgrundlage der Pauschalpreise werden unzählige Faktoren miteinbezogen: neben Haupt- und Nebendiagnosen überwiegend tatsächlich durchgeführte Prozeduren, Personenangaben wie Alter, Gewicht und Vorerkrankung der

Behandelten sowie die Beatmungszeit. Aufgrund seiner fortlaufenden Modifizierung werden jedoch seit Einführung immer weitere Größen bestimmt, die das Wesen des DRGS als Pauschalpreissystem derweil ernsthaft in Frage stellen.¹⁴ Denn obwohl eigene Abteilungen in deutschen Kliniken bemüht sind, die Abrechnungen systemkonform zu erledigen, sehen sich aufgrund des ausufernden Dokumentationsaufwands auch die therapiegebundenen Arbeitskräfte in ihren zeitlichen Kapazitäten zunehmend beschnitten. Das Ziel der Methode, einheitliche Preise zu errechnen, die Planungssicherheit schaffen und wertvolle Zeit sparen, wurde und wird somit sukzessive verfehlt.

Wir befürworten die Einführung einer rein prozessorientierten Einheitsbepreisung, in welche nur tatsächlich ergriffene Maßnahmen einfließen, darüber hinaus aber ein begrenzter Spielraum belassen wird, der den Umständen des Einzelfalls gerecht wird. So können weitere Variablen wie Service-Qualität oder die Dringlichkeit und Vitalität der Behandlung, Berücksichtigung finden. Sowohl bei der Berechnung der fixen Orientierungspreise als auch der Obergrenze für variable Kosten sollen dabei verstärkt digitale Strukturen angewendet werden, damit über die simple Angabe der ergriffenen Schritte hinaus kein weiterer Handlungsbedarf mehr für medizinisches Fachpersonal bestehen bleibt. Zudem kann hierdurch verstärkt Einheitlichkeit in der Berechnung gewährleistet werden. Auf diesem Weg können mit hoher Effektivität ansonsten weiter anwachsende Kosten gespart werden und mehr Preistransparenz auch gegenüber Krankenversicherungen geschaffen werden.

3. Flexibilisierung des Arzthaftungsrechts und der Dokumentationspflichten

Neben der Vereinfachung des Abrechnungsmanagements (siehe III.1.) müssen noch weitere Schritte eingeleitet werden, um den zeit- und kostenintensiven Dokumentationszwang für Ärzt*innen und

Pflegekräfte aufzulockern. Hierzu bedarf es vorrangig einer Neufassung des § 630f BGB (Dokumentation der Behandlung) dahingehend, dass erstens nur für die Therapie erforderliche Diagnosen, Maßnahmen und Ergebnisse und solche, die eine künftige anderweitige Therapie erforderlich machen könnten, aufgezeichnet werden müssen; zweitens auch automatisierte und digitalisierte Befundübernahmen bspw. in Form der 2021 bundesweit eingeführten elektronischen Patientenakte (ePA) zulässig sind, der Verpflichtete sich dann aber bei Komplikationen entsprechend exkulpieren kann. Auch eine Verkürzung der zehnjährigen Aufbewahrungsfrist für Behandelnde nach Abs. 3 auf zwei Jahre erscheint angemessen. Weitere fachgesetzliche Anpassungen ähnlicher Art können entsprechend erforderlich sein. Hierdurch werden nicht nur erneut Kapazitäten gespart, auch erfährt das medizinische Fachpersonal mehr Vertrauen, was sich durchaus positiv auf das Verhältnis zu den Behandelten auswirken kann.

Auch zusätzliche Lockerungen des Arzthaftungsrechts, wie beispielsweise die Flexibilisierung der Aufklärungspflichten nach § 630e Abs. 2 und eine entsprechende Anpassung der Beweislastumkehrregelung des § 630h Abs. 2, sind unserer Ansicht nach wünschenswert, soweit der Patient*inenschutz dadurch nicht unverhältnismäßig beeinträchtigt wird. Ergänzend können strafrechtliche Sonderrechtfertigungsgründe für geringfügige Körperverletzungs- und Unterlassungsdelikte maßgeblich dazu beitragen, die Arbeitsbedingungen der Behandelnden weiter zu optimieren und wiederholt Zeit zu sparen.

Die erwähnte ePA, welche mit dem Terminversorgungs- und Servicegesetz (TVSG) vom 11. Mai 2019 erlassen wurde, stellt dabei einen ersten begrüßenswerten Schritt in Richtung digitalisierte Dokumentation dar. Hier gilt es, ähnliche Formen der Informationsaufzeichnung und -vermittlung, wie bspw. einen elektronischen Impfpass oder

Patientenstatus, auszubauen. Des Weiteren sollten gezielt technische Schnittstellen zwischen in der Therapie eingesetzten elektronischen Mess- und Operationsgeräten mit den Datenbanken geschaffen werden, die die Informationsübernahme automatisieren und erleichtern.

Schließlich soll das Überweisungssystem gänzlich aufgehoben werden. Hierdurch werden nur unnötig mehr Leistungen zur Klärung einer Diagnose verbraucht. Zudem verzögert sich der Therapiebeginn für die Patient*innen, was gegebenenfalls sowohl den Leidensdruck als auch das Komplikationsrisiko ohne triftigen Grund erheblich steigern kann.

4. Umstrukturierung des Versicherungsmarktes und der Beitragssysteme

Als Finanzierungsgrundlage des gesamten Gesundheitssystems kommt dem Versicherungswesen eine herausragende Bedeutung zu. Die durch diesen zwischengelagerten Markt erzeugten Preisverzerrungen und Kommunikationsdefizite können nach unserer Auffassung nur durch eine grundlegende Umstrukturierung gelöst werden.

Ähnlich wie der medizinische Primärleistungsmarkt (siehe III.1.) bedarf auch der nachgelagerte Versicherungsmarkt einer Angebotserweiterung. 2019 hielten nur zwei öffentliche Anbieter – vdek und AOK – 80% Marktanteil.¹⁵ Hierfür müssen zunächst Zutrittsschranken für potentielle und ausländische private Anbieter identifiziert und gezielt abgebaut werden. Zwar soll dadurch die Existenz der gesetzlichen Krankenversicherungen nicht in Frage gestellt werden – ein erhöhter Wettbewerb zwischen den Finanzdienstleistern des Gesundheitssystems um günstigere Beitragssysteme, effizientere Finanzierungskonzepte und bessere Informationsvermittlung würde jedoch umfänglich helfen, die Versicherungsnehmer*innen in ihrer Entscheidungsfreiheit zu stärken und die

volkswirtschaftlichen Gesamtgesundheitskosten nachhaltig zu senken.

Um die Vergleichbarkeit der Anbieter einerseits, die Kosten einzelner gesundheitlicher Leistungen andererseits besser einschätzen zu können, schlagen wir zudem einen homogenen, auf maximale Transparenz ausgelegten Beitragssystemstandard vor. Durch die Entflechtung der gültigen, unübersichtlichen und an vielen Stellen unklaren Beitragsberechnung kann Klarheit geschaffen werden, welche erneut den gewünschten Wettbewerb befeuert und die Informationsfreiheit der Versicherten erhöht.

Darüber hinaus sollten in die Beitragsstaffelung künftig in der Vergangenheit tatsächlich in Anspruch genommene Leistungen mit einfließen. Hierdurch kann die derzeit ausgehobelte Signalwirkung der Preise im Primärmarkt moderat wiederhergestellt werden, ohne dass die Versicherungsnehmer*innen horrenden Preisschwankungen ausgesetzt sind. So geraten Nachfrage und Angebot in ein stabileres Verhältnis und manche unnötigen Arzt- und Krankenhausbesuche werden vermieden. Des Weiteren könnte eine begrenzte Vorleistungspflicht in Notaufnahmen helfen, unbedachte Inanspruchnahmen der dort erbrachten Leistungen zu ersparen, welche nach Informationen des Ärzteblatts im Jahr 2016 einen deutschlandweiten Verlust von rund einer Milliarde Euro verzeichnen mussten.¹⁶

Zudem sollten die Versicherungen künftig nicht nur ihre Rolle als Finanz- sondern damit zusammenhängend auch als Informationsdienstleister verstärkt wahrnehmen. Deshalb erscheint uns auch eine Abwälzung einiger Aufklärungspflichten der Ärzt*innen auf die Versicherer als sinnvoll.

Besonders wichtig dabei ist nach unserem Verständnis auch hier ein übergreifender Fokus auf die zunehmende Digitalisierung der Prozesse: So kann die vollautomatisierte Be- und Abrechnung sowohl der

Beitragszahlungen als auch der Auszahlungen an die medizinischen Leistungserbringer*innen die Effizienz, die Einheitlichkeit und Fehlerlosigkeit der Transaktionen erheblich verbessern. Die bereits erwähnte EPA (siehe III.2.) wiederum erleichtert die Verifizierung und Einbeziehung der in der Vergangenheit erbrachten Gesundheitsleistungen, wohingegen ein verstärkt digitales DRGS (siehe III.1.) transparente und berechenbarere Übersichten sowohl für die Versicherungen als auch die Versicherten schafft. Auch die Versichertenaufklärung und Vertragsabschlüsse können nachhaltig nur durch elektronische Angebote umgesetzt werden. Hier bestehen ausgeprägte branchenspezifische Rückstände, die aufzuholen sind.

5. Auflösung der Krankenhausplanung

Zudem gilt es, die nach § 6 Abs. 1 KHG gesetzlich vorgesehene staatliche Krankenhausplanung zur regionsspezifischen Versorgung in den Bundesländern mit klinischen Kapazitäten in eine flexible Bedarfsplanung umzuwandeln. Diese soll nur bei tatsächlichen Versorgungsproblemen (zünftig) eingeräumt werden müssen und sich nach unserem Verständnis nicht wie die herkömmliche Planung dual – d.h. sowohl seitens der Versicherungsunternehmen als auch der Länder – sondern ausschließlich durch die Krankenversicherungen finanzieren. Außerdem sollen zusätzlich die ambulanten Ärzte- und Pflegeverbände einbezogen werden, um die Arbeitsteilung zwischen diesen und den klinischen Stellen besser koordinieren zu können. Dank dieser Flexibilisierung wird die ineffiziente und regelmäßig mangelhafte Planung der Krankenhausversorgung aufgehoben und in eine problemfokussierte und zeitoptimierte Kooperation umgewandelt. Auch hier können darüber hinaus erhebliche Kosten gespart werden.

6. Förderung der Pflegeberufe

Abschließend ist es für die Berufsgruppe der Pflegekräfte – quasi das stabilisierende

Fundament eines Gesundheitssystems – nicht nur unerlässlich, mehr Anerkennung durch eine bessere akademische Eingliederung in das medizinische, aber auch gesellschaftliche Berufssystem zu erhalten und dabei besser bezahlt zu werden, sondern indirekt auch für die Qualität der medizinischen Versorgung an sich. Durch mehr Kapazitäten, stärkere Ausdifferenzierung und Konkurrenz, größere Anerkennung durch ein höheres, gesichertes Gehalt, wird langfristig die Pflege nachhaltiger organisiert werden und damit das ärztliche Behandlungssystem auf qualitativ hochwertigere Stützen stellen.

Daher schlagen wir erstens eine Ausbildungsreform vor, die sich an einem ausdifferenzierten amerikanischen Modell der „Nursing-Berufe“ orientiert: Etwa 70% des Pflegefachpersonals in den USA sind akademisch-universitär ausgebildet.¹⁷ Dies führt nicht nur zu einer Professionalisierung des Pflegemarktes, sondern auch zu einem höheren (akademischen und damit sozialen) Ansehen der Pflegefachkräfte. Wir schlagen vor, die aktuell in Deutschland existierenden Ausbildungssysteme beizubehalten, jedoch gleichzeitig ein universitäres Ausbildungsprogramm, im Sinne eines „Bachelor of Science in Nursing“ zu etablieren, welches nicht nur einen höheren Einstieg in die Pflegeleiter erlauben soll, sondern gleichzeitig auf ein Medizinstudium angerechnet werden kann, sodass ein Anreiz besteht, durch eine Nursing-Ausbildung sich parallel bzw. anschließend in der medizinischen Ausbildung zu etablieren. Hält man die entsprechenden universitären Zugangsvoraussetzungen möglichst tief, könnte ein solcher Studiengang als Anreiz für eine spätere ärztliche Karriere gesehen werden, bei dem man sich jedoch verpflichten müsste, eine gewisse Anzahl an Jahren (trotz anschließender aufbauender und damit verkürzter Medizinausbildung) im reinen Pflegesektor zu verbringen. Auf der anderen Seite sollten Anforderungen an einfache, nicht-universitäre Pflegeausbildungen gesenkt werden (und somit auch Personen ohne

Hochschulzugangsberechtigung als „Associate-Degrees“ offenstehen), sodass in beiden Kategorien höhere Interessiertenzahlen zu erwarten sind. Dieses duale System würde langfristig sowohl auf der Pflegeseite als auch auf der gesellschaftlichen Seite zu einem differenzierten Synergieeffekt führen.

Gleichzeit muss zweitens eine Pflegelohnreform eingeleitet werden. Es sollte ein branchenspezifischer Mindestlohn für alle in Deutschland tätigen Pflegekräfte durchgesetzt werden, der auch für Pfleger*innen aus dem Ausland gilt, um aktuelle Ausbeutungen im Zuholen von externen Pflegekräften zu verhindern. Ebenso relevant ist es, die Löhne sinnvoll zu staffeln und an den eben beschriebenen Ausbildungs- und Einstiegsgraden anzupassen.

Insgesamt schaffen diese Maßnahmen eine größere Pflegedichte, ein höheres Ansehen von Pflegekräften in der Gesellschaft sowie indirekt eine hochwertigere Behandlungsqualität.

7. Zusammenfassung

Epis setzt in seinem umfassenden Reformvorschlag auf allen drei Ebenen des Gesundheitssystems an und will hierbei zahlreiche bürokratische Hürden reduzieren, unnötige Kosten senken, wertvolle Zeit sparen und historisch gewachsene komplexe und unübersichtliche Strukturen, die zu Fehlversorgungen und finanziellen Verlusten führen, systematisch entflechten. Durch dieses übergreifende Flexibilisierungs- und Liberalisierungsprogramm wollen wir das deutsche Gesundheitswesen leistungsfähiger, dynamischer, innovativer und vor allen Dingen zukunftsfähiger machen. Die von uns konzipierte einmalige Kombination aus flächendeckender Grundversorgung einerseits, flexibilisierten und effizienten Prozessen innerhalb des Systems andererseits verspricht nicht nur, künftig möglichst viele Patient*innen zu behandeln und betreuen, sondern dies auch auf qualitativ

herausragende Weise und in der Prognose maximal erfolgsvorsprechend umzusetzen.

-
- ¹ Hartmannbund, Verband deutscher Ärzte: Hauptversammlungsbericht 2019, Beschl. Nr. 2, S.2, (2019) abrufbar unter: https://www.hartmannbund.de/fileadmin/user_upload/Downloads/HV-2019/Resolutionen/2019-11_HV_NR_01_Patientensteuerung_Europa.pdf (Zugriff: 21.04.2021).
- ² Statistisches Bundesamt: Deutschland mit höchsten Gesundheitsausgaben der EU, abrufbar unter: <https://www.destatis.de/Europa/DE/Thema/Bevoelkerung-Arbeit-Soziales/Gesundheit/Gesundheitsausgaben.html> (Zugriff: 21.04.2021).
- ³ Statistisches Bundesamt: Gesundheitsausgaben, abrufbar unter: <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Gesundheitsausgaben/inhalt.html#sprg235028> (Zugriff: 21.04.2021).
- ⁴ Peterson-KFF Healthcare System Tracker: Physicians per capita in a global comparison, abrufbar unter: <https://www.healthsystemtracker.org/indicator/quality/physicians-per-capita/> (Zugriff: 21.04.2021).
- ⁵ Statista: Anzahl der Krankenhausbetten je 100.000 Einwohner in Deutschland nach Bundesländern in den Jahren 2017-2018, abrufbar unter: <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/39403/umfrage/krankenhausbettendichte-nach-bundeslaendern-in-2004> (Zugriff: 21.04.2021).
- ⁶ Rower, Anja: Bismarck versus Beveridge: ein Vergleich von Sozialversicherungssystemen in Europa, S.26 (2008), abrufbar unter: https://www.ifo.de/DocDL/ifosd_2008_21_3.pdf (Zugriff: 21.04.2021).
- ⁷ Müller, Ingrid: Krankenhäuser in Deutschland: Daten und Fakten (2019), abrufbar unter: <https://www.netdokter.de/krankenhause/krankenhaeuser-in-deutschland-11207.html> (Zugriff: 21.04.2021).
- ⁸ Martin, Manuela (Hrsg.): McKinsey & Company: Der GKV-Check-up, Trends und Perspektiven, Edition 2020, S.56 (2020), abrufbar unter: <https://www.mckinsey.de/~media/mckinsey/locations/europe%20and%20middle%20east/deutschland/publikationen/2020-06-15%20gkv%20-check-up%202020/der%20gkv-check-up-edition%202020.pdf> (Zugriff: 21.04.2021).
- ⁹ Hagemeyer, Sonja / Wild, Frank: WIP-Analyse (2018), abrufbar unter: <http://www.wip-pkv.de/forschungsbereiche/detail/mehrumsatz-und-leistungsausgaben-von-pkv-versicherten-jahresbericht-2018.html> (Zugriff: 21.04.2021).
- ¹⁰ Hommel, Thomas: Klinikärzte sehen Fall-Pauschalensystem am Ende (2019), abrufbar unter: <https://www.aerztezeitung.de/Politik/Klinikaerzte-sehen-Fall-pauschalen-System-am-Ende-414042.html> (Zugriff: 21.04.2021).
- ¹¹ DAZ-Online: Die Deutschen gehen zu oft zum Arzt (2016), abrufbar unter: <https://www.deutsche-apotheker-zeitung.de/news/artikel/2016/03/27/die-deutschen-gehen-zu-oft-zum-arzt> (Zugriff: 21.04.2021).
- ¹² FAZ-Online: Mehr Tote durch Behandlungsfehler als durch Verkehrsunfälle (2014), abrufbar unter: <https://www.faz.net/aktuell/gesellschaft/gesundheit/aok-krankenhausreport-mehr-tote-durch-behandlungsfehler-als-durch-verkehrsunfaelle-12761937.html> (Zugriff: 21.04.2021).
- ¹³ Bundesministerium der Finanzen: Vorläufige Finanzergebnisse der GKV 2017, abrufbar unter: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/presse/pressemitteilungen/20181/finanzergebnisse-gkv-1-quartal.html> (Zugriff: 21.04.2021).

-
- 14 Vera, A.: Die „Industrialisierung“ des Krankenhauswesens durch DRG-Fallpauschalen – eine interdisziplinäre Analyse. In: Das Gesundheitswesen. Jahrgang 71, Nr. 3, S. 161 f. (2009), abrufbar unter: <https://www.thieme-connect.com/products/ejournals/abstract/10.1055/s-0028-1102941#A1> (Zugriff: 21.04.2021).
- 15 Martin, Manuela (Hrsg.): McKinsey & Company: Der GKV-Check-up, Trends und Perspektiven, Edition 2020, S. 56(2020), abrufbar unter: <https://www.mckinsey.de/~media/mckinsey/locations/europe%20and%20middle%20east/deutschland/publikationen/2020-06-15%20gkv%20-check-up%202020/der%20gkv-check-up-edition%202020.pdf> (Zugriff: 21.04.2021).
- 16 Aertzblatt-Online: Notaufnahmen verursachen eine Milliarde Euro Verlust für die Krankenhäuser (2016), abrufbar unter: <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/70137/Notaufnahmen-verursachen-eine-Milliarde-Euro-Verlust-fuer-Krankhaeuser> (Zugriff: 21.04.2021).
- 17 Sarver, Wendy / Cichra, Nancy / Kline, Melissa: Perceived Benefits, Motivators, and Barriers to Advancing Nurse Education: Removing Barriers to Improve Success, in: Nursing Education Perspectives. Volume 36, Nr. 3, S. 153 ff. (2015), abrufbar unter: <https://drive.google.com/file/d/1djWUIPmtpHGltLMKayjc1TkjBfq8-/view> (Zugriff: 21.04.2021).

Autoren und Programm-Leads:

Fabio Stark studiert seit 2017 Rechtswissenschaften an der LMU München mit Fokus auf Europäisches Wettbewerbsrecht und Geistiges Eigentum. Davor studierte er zwei Semester Volkswirtschaftslehre an der Humboldt-Universität zu Berlin. Fabio ist Mitbegründer von Epis e.V. und fungiert derzeit als dessen stellvertretender Vorsitzender.

Paul Dießelberg studiert seit 2017 Rechtswissenschaften und Philosophie an der LMU München und hat 2019 in Washington, D.C. Internationale Beziehungen studiert. Er fokussiert sich auf das Völker- und Europarecht sowie auf politische Theorie und ist seit 2019 Teil des Vorstands des Think Tanks Epis e.V.

Über Epis Think Tank:

Wir haben es uns zur Aufgabe gemacht, zukunftsweisende und neu gedachte Impulse an politische Entscheidungsträger, Institutionen und Unternehmen zu geben. Dabei steht für uns sowohl die Umsetzbarkeit als auch die Nachhaltigkeit und langfristige Praktikabilität unserer Vorschläge im Mittelpunkt. Deshalb ermöglichen wir Studierenden und Young Professionals aus sämtlichen Fach- und Berufsgruppen, in Kooperation mit etablierten Vertretern aus Wissenschaft und Praxis für die gesellschaftlichen Fragen unserer Zeit Antworten zu finden: klar definiert, fachlich fundiert und jederzeit umsetzbar. Um der hohen Komplexität aktueller Probleme aus Politik und Gesellschaft mit innovativen Lösungsvorschlägen begegnen zu können, nutzen wir die große Bandbreite unseres Teams in Kompetenz und Ideenreichtum. Epis will Denkanstöße geben, mit Kreativität vereinen und zur konstruktiven Diskussion verleiten. Wir sind der Inkubator der politischen Innovation.

kontakt@epis-thinktank.de
www.epis-thinktank.de