

Nachhaltigkeit? Aber nur mit neuen ergebnisbezogenen Geschäftsmodellen

Replik auf den [Kommentar von Dr. Susanne Wagenmann im Observer Gesundheit](#) vom 6.3.2023 unter der Überschrift „Nachhaltigkeit“ Auch für die Sozialversicherung unabdingbar!“

Autor Dr. h.c. Helmut Hildebrandt, Vorstandsvorsitzender OptiMedis

Langfassung ([Kurzfassung erschienen am 2.3. 2023 im Observer Gesundheit](#))

Im Umwelt- und Klimaschutz, wie aber auch in jeder industriellen Produktion, haben wir gelernt: Wenn wir sehenden Auges den Schaden eintreten lassen, dann ist die Aufarbeitung und Linderung des Schadens zigfach kostenaufwändiger als die kluge Vermeidung. Dennoch scheint uns die Sicht auf die Nöte der Berufsgruppen im Gesundheitswesen, die Finanzsorgen der Krankenhäuser und Pflegenden sowie auf das Leid der Patienten mit schon eingetretenen Erkrankungen den Blick zu vernebeln. Wir vergessen das Prinzip, zunächst der Quelle des Übels nachzuspüren, und bleiben allzu leicht an den Symptomen kleben.

Dies gilt auch für den eigentlich schon ganz richtigen Kommentar von Dr. Susanne Wagenmann, Leiterin der Abteilung Soziale Sicherung der Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände (BDA), im Observer Gesundheit vom 6.2.2023 unter der Überschrift „Nachhaltigkeit? Auch für die Sozialversicherung unabdingbar!“ Ihrem Plädoyer für ausgabenkende Strukturreformen kann man angesichts der vielen Fehlanreize unseres aktuellen Krankheits- und Sozialversicherungssystems nur folgen und doch wird auch in diesem Kommentar das „Pferd von hinten aufgezümt“.

Fokus auf die wirklichen Strukturprobleme richten

Denn was sind denn die wirklichen Strukturprobleme im Gesundheitswesen, die zu dem zu erwartenden Gesamtsozialversicherungsbeitragssatz von über 40,7 % für Ende 2023 führen? In der Öffentlichkeit wird jetzt sehr die Anzahl der Krankenhäuser in den Vordergrund gestellt und dass in zu vielen, eher kleineren Kliniken Leistungen erbracht werden, die mit hinreichender Qualität nur in Kliniken erbracht werden sollten, die über mehr qualifizierte Ärzte auch mehrerer Fachrichtungen verfügen. Ja, dies ist schon länger ein Ärgernis und muss angegangen werden, genauso wie die aktive weitere Ambulantisierung und damit die Schaffung von ambulant-stationären Mischformen, wie Gesundheitszentren und den sog. Level 1i-Zentren. Aber all dies hebt noch nicht wirklich die ökonomische Fehlstellung des gesamten Gesundheitssystems aus und wird zunächst erst einmal weitere Kosten und Investitionsbedarfe für die Umstellungen produzieren.

Das Übel sieht der Verfasser in dem grundlegenden Geschäftsmodell der Praxen, Dienste und Einrichtungen unseres Gesundheitssystems. Belohnt wird mit bürokratisch akribischer Kontrolle das Ausmaß und die Anzahl der Leistungen, anstatt den herbeigeführten Nutzen wirtschaftlich zu belohnen, also wie sie es erfolgreicher als andere schaffen, die Gesundheit ihrer Patienten möglichst lange zu erhalten. Mit dem AMNOG wurde – übrigens unter Ägide der FDP – für neue Medikamente der Pharmaindustrie ein Modell geschaffen, den produzierten „Zusatznutzen“ als Maßstab für die Preisfindung zu nutzen, sodass zumindest ansatzweise das Gesundheitsergebnis Berücksichtigung erfährt. Auch bei den DIGAs, den digitalen Gesundheitsanwendungen werden Kosten-Nutzen-Vergleichserwägungen für die Preisfindung in vorsichtiger Form mit genutzt.

Generell und damit für rund 95% der für 2023 zu antizipierenden Leistungsausgaben der GKV von knapp 300 Milliarden Euro ist die Einzelleistungsvergütung mit kleinen Versuchen der Budgetierung das zentrale Geschäftsmodell. Damit läuft der inhärente betriebswirtschaftliche Anreiz aller Akteure auf Leistungsausweitung und nicht auf die erfolgreichste Gesunderhaltung einer regionalen Bevölkerung in der Gesamtkette von Präventions- und Versorgungskooperationen.

Entökonomisierung statt wirklicher Transformation?

Die betriebswirtschaftliche Intelligenz richtet sich dann auf die einzelwirtschaftlich kluge Ausbalancierung von Unter- und Übergrenzen sektoraler Budgets, die kluge Leistungssteuerung und den kostengünstigsten Personaleinsatz. Und genau das erleben wir in den Krankenhäusern, in Arztpraxen, in Medizinischen Versorgungszentren wie aber auch in Pflegeheimen etc. Und die Öffentlichkeit zusammen mit Lobbyisten anderer Profiteure des Systems fordern die Bestrafung und/oder Einschränkung derjenigen, die sich in diesem Geschäftsmodell einrichten, will investorengetriebene MVZ-Ketten einschränken, Krankenhäuser „entökonomisieren“, Pflegeheimen einen EBITDA-Deckel verpassen und glaubt damit, die „Exzesse“ einschränken zu können ohne sich die Mühe machen zu müssen, eine wirkliche Transformation des Geschäftsmodells im Gesundheitssystem vorzudenken. Ja, das alte ökonomische Modell hatte im 19. und auch im 20. Jahrhundert seine Berechtigung, aber in der heutigen Zeit angesichts auch digital unterstützter Möglichkeiten der Leistungsausweitungen, angesichts zunehmender Komplexität und multimorbider Fallkonstellationen und in Anbetracht der auf uns zukommenden Herausforderungen der demografischen Verschiebungen bietet es keine Zukunft mehr.

Susanne Wagenmann bezieht sich auf den Sachverständigenrat Gesundheit und dessen Vorschläge für mehr Wettbewerb in der Versorgung, für eine Krankenhausreform, für die Überwindung der Sektorengrenzen sowie für die Digitalisierung im Gesundheitswesen und folgt der gern zitierten Behauptung, wir hätten „bezüglich der notwendigen Maßnahmen kein Erkenntnisproblem“. Der Verfasser glaubt, dass es sich diese Aussage zu einfach macht.

Der Tipping Point wird kommen

Analog zu den Diskussionen rund um die Klimakrise ist zu erwarten, dass wir bei Fortsetzung des bisherigen ökonomischen Prinzips in wenigen Jahren den Tipping Point für die zumindest weitgehend solidarische Finanzierbarkeit unser GKV-Gesundheitssystem überschreiten. Die Krankheitslasten, die auf uns mit dem Älterwerden der „Babyboomer“ zukommen, ob aufgrund von Adipositas, Bewegungsmangel, Rauchen, Sucht oder anderen Belastungen und sich dann in Herz-Kreislauf-, Muskelskelett-, Lungen-, Krebserkrankungen oder gastroenterologischen oder psychischen Erkrankungen äußern, werden angesichts der dafür nötigen Fachkräfte dann nicht mehr solidarisch bewältigt werden können, für die geringer Verdienenden bzw. die ärmeren Rentner werden Wartelisten und Rationierungen kommen und den „Besserverdienenden“ werden kommerzielle Medizinanbieter privat zu finanzierende Angebote machen. Derartige Entwicklungen lassen sich in den USA, aber auch in Großbritannien und neuerdings in Dänemark schon sehen.

Wenn wir den Kippunkt hinausschieben und besser ganz vermeiden wollen, dann muss sich die Zielrichtung auf die Transformation der ökonomischen Rahmenbedingungen für die Akteure im Gesundheitswesen orientieren. Wir brauchen ein neues Geschäftsmodell, dass das breite Feld der Akteure und Einrichtungen im Gesundheitswesen („digital – ambulant – stationär – rehabilitativ/pflegerisch“) in Verfolgung ihrer wirtschaftlichen Interessen auf neue Arbeits- und Versorgungsformen ausrichtet, um dann aus der Verbesserung der Gesundheit der Bevölkerung einer Region ihren betriebswirtschaftlichen Erfolg zu erzielen.

Erfolgsorientierte Geschäftsmodelle sind möglich

Und an dieser Stelle versagt die aktuelle gesundheitspolitische Diskussion bis auf wenige Ausnahmen. Interessanterweise sind es die BÜNDNIS 90/ DIE GRÜNEN, die hier mit dem Konzept der „Integrierten Gesundheitsregionen“ sich auf den Weg der Suche nach einem alternativen Geschäftsmodell gemacht haben. Mit der Einführung einer Metaebene oberhalb der einzelnen Leistungserbringer begegnen sie der Herausforderung, dass erfolgsorientierte Geschäftsmodelle kaum auf der Ebene der einzelnen Leistungserbringer möglich sind. Die Zufälligkeit ihrer Patientenschaft, die Möglichkeiten der bewussten oder unbewussten Selektion, die sozialen Determinanten der Möglichkeiten von Gesunderhaltung machen eine auf das Gesundheitsergebnis bezogene Vergütung für den einzelnen Therapeuten heute noch unmöglich, das ist auch aus der Debatte um Qualität im Gesundheitswesen hinreichend bekannt. Anders ist es heute schon für die Summierung der Ergebnisentwicklung für große Kollektive, so z.B. mit einer ganzen Region von z.B. 100.000 Menschen in einem Landkreis. Auch die 100.000 Menschen hier und dort, auf dem Land, in der Stadt, im Südwesten und Nordosten unterscheiden sich im Einzelnen, aber mit den Routinedaten der Krankenkassen zu Morbidität, zur Nutzung des Gesundheitssystems und zum Alter, den Daten aus der Sozialstatistik und auf der Basis der heutigen IT mit ihren Matching-Algorithmen können hier Bezugsgrößen für die Populationen insgesamt definiert werden, um z.B. Verschiebungen des Eintrittsalters von bestimmten chronischen Erkrankungen, von häuslicher oder stationärer Pflegebedürftigkeit, von Dialysepflichtigkeit und Ereignisse wie Schlaganfällen, Oberschenkelhalsbrüchen etc zu bestimmen. Nicht zu vergessen die Gesamtkosten der Krankenkassen für die Patienten als Folge der Morbidität und die Nutzung des kassenübergreifenden Ausgleichssystems mit den Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds als weiterem Maßstab.

Nutzung von Landkreisen und Bezirken hat mehrere Vorteile

Die Nutzung von Landkreisen bzw. von Bezirken in den Großstädten mit jeweils um die 100.000 oder 200.000 Menschen als Bezugspunkt hat neben der besseren Möglichkeit einer bereits heute schon möglichen Ergebnismessung auch noch andere Gründe. Wenn wir den Blick über den Einzelnen hinaus auf die Bevölkerung richten wollen (man könnte auch sagen von „health care“ zu „public oder population health“), dann ist die Region mit einer derartigen Bevölkerungszahl eine gut manageable Einheit. Gleichzeitig sind Landkreise bzw. entsprechend große kommunale Gebietskörperschaften auch die Leidtragenden von nicht funktionierender Prävention und Versorgung, sei es über die Hilfen bei Pflegebedürftigkeit (z.B. im Kreis Borken, wo OptiMedis gerade eine Initiative startet, mit vsl. knapp 33 Mio € geplanten Ausgaben für das Jahr 2022) oder über den Ärger der Bürger über nicht mehr funktionierende Versorgung, den sie bei den Kommunalverwaltungen abladen. In Regionen solcher Größenordnung können mit einer aktiven Unterstützung von Gesundheitskompetenz, Bewegungsförderung, regionaler Ernährungsoptimierung und dem Zusammenwirken der verschiedenen Akteure in der Versorgung Veränderungen der Morbidität und des Eintrittsalters bestimmter Erkrankungen in einem Ergebniswettbewerb zu anderen Regionen festgestellt werden. 100.000 Menschen, das sind im Schnitt auch ca. 410 Millionen Euro Gesamtausgaben der GKV, die Ausgaben der Pflegeversicherung noch nicht eingerechnet. Bei ca. 5-7% möglichen Einsparungen für die GKV, wie sie im Kinzigtal im Verhältnis zur bundesdurchschnittlichen Entwicklung erreicht wurden, entsteht damit auch ein relevantes Transformationsbudget von ca 25 Mio. € pro Jahr (Hildebrandt H; Löschmann C, Haas N, 2023). Nicht zuletzt gibt es auch eine demokratietheoretische Begründung für den Rückgriff auf die kommunale Ebene, im Rahmen der Daseinsvorsorge hat sie letztendlich eine Sicherstellungsverantwortung, auch wenn diese für den Bereich der ambulanten ärztlich-psychotherapeutischen GKV-Versorgung an die Kassenärztlichen Vereinigungen delegiert ist.

Internationale Diskussion um nachhaltige Steuerungs- und Finanzierungssysteme

International ist die Diskussion zu neuen populationsorientierten Versorgungslösungen intensiv zugange, Begriffe wie Value-based Healthcare, Accountable Care, Alternative Payment Systems, Health Maintenance Organisations und Capitation sind Ausdruck einer Suche nach nachhaltigen Steuerungs- und Finanzierungssystemen, wie sie auf den G 7- wie G 20- Diskussionen und zuletzt wieder auf den Diskussionen des World Economic Forum in Davos (WEF 2023) diskutiert werden. Unter Obama hat sich in den USA dafür eine ganze vielfältige Industrie dafür entwickelt, eine Industrie, die zunehmend auch in andere Länder ausstrahlt. Eigentlich hatten wir mit der Einführung der „Integrierten Versorgung“ unter Grüner Regie im Jahre 2000 und fortgesetzt unter allen anderen Farben des politischen Spektrums eine Öffnung entwickelt, neue Vertragsformen erprobt, aber viel zu selten auch wirklich so ausgerichtet, dass die relative Verbesserung des Gesundheitsstatus einer Region wirtschaftlich belohnt wurde. Die Anreizveränderungen für Leistungserbringer wie Krankenkassen waren nicht ausreichend, der Selektivvertragsansatz jeweils nur für die Versicherten der vertragsschließenden Krankenkassen hat sich als Hindernis herausgestellt. Nur wenige Lösungen mit wirklichem Populationsbezug konnten beweisen, dass solche Geschäftsmodelle erfolgreich funktionieren und sogar internationale Aufmerksamkeit erlangen können (vgl. Siemens Healthineers, 2021). Im Grunde ist dies nur in Anteilen zwischen Krankenkassen und einigen Arztnetzen sowie in den Regionen passiert, die von der speziell für diesen Zweck gegründeten OptiMedis AG in ihrer Entwicklung angeleitet bzw. organisiert werden, seit 2005 im südbadischen Kinzigtal mit der AOK Baden-Württemberg und der SVLFG (bis 2021), vorübergehend in einem Vertrag mit der AOK Nordrhein-Hamburg in den zwei Stadtteilen Billstedt und Horn und seit 2019 bzw. 2020 in den zwei nordhessischen Landkreisen Werra-Meißner und Schwalm-Eder mit zwei Betriebskrankenkassen (BKK Werra-Meißner und BKK B.Braun-Aesculap).

Wie kann der Wechsel funktionieren?

Wie kann jetzt der Wechsel von einer sektoralen, auf die einzelne Leistung abzielenden Vergütung hin zu einer auf die Gesundheit einer Population ausgerichteten Vergütung erfolgen? Das Konzept der „Integrierten Gesundheitsregionen“ bleibt zurückhaltend bzgl. der Veränderung der Vergütungen der einzelnen Akteure. Nur oberhalb der einzelnen Akteure, also auf der Ebene der Vertragsgemeinschaft bzw. der Managementgesellschaft, dann für z.B. 100.000 Menschen, erfolgt nach diesem Konzept die Verantwortungsübernahme für die Gesamtkostenentwicklung und die Belohnung aus dem erreichten Gesundheitsgewinn in Form der geringer notwendigen Gesamtkosten für die Population in dieser Region. Die einzelne Ärztin, das MVZ, die Apotheke, die Therapiepraxis, der Pflegedienst, das Krankenhaus würde erst einmal weiterhin nach den bundesweiten Regelungen entlohnt. Damit bleiben für diese die ökonomischen Fehlanreize unterhalb der Managementgesellschaft zunächst bestehen. Dies kann man von zwei Blickwinkeln aus betrachten: Man könnte es begrüßen und sagen, dass damit eine gewisse Balance erzeugt werden könnte zwischen Überversorgungs- und möglichen Unterversorgungsanreizen, die durch eine Gesamtkostenverantwortung erzeugt werden könnten. Angesichts der bevorstehenden Dramatik der Kostenentwicklung in der GKV könnte man das aber auch bedauern und eine schnellere Abkehr von diesen Fehlanreizen einfordern. In letzter Zeit ist vermehrt das Stichwort „Freihandelszone“ aufgebracht worden, also ob nicht mit einer solchen Kostenverantwortung auf der übergeordneten Ebene auch dort dann mehr Freiheitsgrade erlaubt werden sollten, andere Vergütungen vorzusehen. Dem würde sich der Autor anschließen.

Eine solche Transformation des grundlegenden Geschäftsmodells im Gesundheitswesen ist keine Aufgabe für eine einzelne Partei, aber vielleicht genau der zusammenführende Faktor für die Ampel-Regierung, die gesundheitspolitisch aktuell eine gemeinsame Konzeption eher vermissen lässt. Die daraus resultierende soziale Dimension würde gut zu SPD und Grünen passen. Die nicht nur für Deutschland, sondern auch für Europa interessante Geschäftsmodell-Innovation mit einem Start-Up-Impetus für neue hybride Unternehmensformen (digital-analog) würde sich gut für FDP und Grüne eignen. Und die Vermeidung einer

deutlich über die 40%-Grenze hinausschießenden Belastung der Sozialbeiträge für Wirtschaft und Beitragszahler wäre die Formel, die sich für alle drei Regierungsparteien wie auch für die CDU/CSU-Opposition anbieten würde.

Triple-Wumms notwendig

Mit Blick auf die nächsten Jahre und die anstehenden Verteilungskonflikte rund um den Bundeshaushalt und die Schuldenbremse bleibt uns nicht mehr viel Zeit für eine Transformation der Fehlanreize des heutigen Gesundheitssystems. Jeder Monat, den wir heute versäumen, wird sich in den nächsten Jahren bitter in überschießenden Kosten und sozialen Konflikten rächen. Die Arbeitgeberverbände und die Gewerkschaften sollten hier die Frühwarnrolle übernehmen. Das reine Plädoyer für nachhaltige und effizienzsteigernde Strukturreformen ohne den Angriff auf das zugrundeliegende Geschäftsmodell reicht nicht.

Das Ziel sollte der Triple-Wumms sein: Krankheitslast verringern + zeitlich verschieben + neue ergebnisbezogene Geschäftsmodelle für diese Transformation ermöglichen!

Ein Nachtrag aus der aktuellen Presse vom 8.2.2023

Berlin (dpa-AFX) – Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach erwartet wachsende Herausforderungen für das Versorgungssystem durch eine deutliche Zunahme von Krebserkrankungen und Demenz. Bei beidem gebe es derzeit keine guten Wege der Vorbeugung, sagte der SPD-Politiker gestern bei der Konferenz „Europe 2023“ der Zeit-Verlagsgruppe. In Europa sei bis 2035 mit einer Zunahme der an Krebs erkrankten Menschen um 25 Prozent zu rechnen. „Das ist drastisch.“ Bei vielen aus der Generation der Babyboomer seien Risikofaktoren dafür auch bereits eingetreten. Die Gesundheitssysteme in Europa seien auf eine solche Belastung bei den Kliniken teils noch nicht eingestellt.

Literatur

Hildebrandt, H., Bahrs, O., Borchers U, Glaeske, G., Griewing, B., Härter, M., Hanneken, J., Hilbert, J., Klapper, B., Klitzsch, W., Köster-Steinebach, I., Kurscheid, C., Lodwig, V., Pfaff, H., Schaeffer, D., Schrappe, M., Sturm, H., Wehkamp, K-H., Wild, D. (2021). Ein Vorschlag: Integrierte Versorgung - jetzt! In: Hildebrandt, Stuppardt (Hrsg.). Zukunft Gesundheit – regionalisiert, vernetzt, patientenorientiert. medhochzwei Verlag Heidelberg .

Eine Langfassung des Artikels findet sich auch open access unter: https://optimedis.de/wp-content/uploads/2020/08/Buch_Auftaktartikel_Integrierte_Versorgung_Jetzt_Entwurf.pdf

Helmut Hildebrandt. Erwiderung zu bisher erschienenen Beiträgen zum Diskurs „Integrierte Versorgung als regionale Regelversorgung“, Observer Gesundheit, 15.2.2021. <https://observer-gesundheit.de/download/earth-von-der-gutmuetigen-utopie-zur-realen-welt/>

Hildebrandt, H., Löschmann, C., Haase, N. (2023). Integrierte, transsektorale und interdisziplinäre Versorgungskonzepte nach dem Beispiel „Gesundes Kinzigtal“ In: Nieper, Ekkernkamp, Glöckner (Hrsg.) Innovative Versorgungsmodelle im Krankenhausbereich. MVV-Verlagsgesellschaft, Berlin (erscheint in 2023)WEF – World Economic Forum (2023). The Moment of Truth for Healthcare Spending: How Payment Models can Transform Healthcare Systems.

https://www3.weforum.org/docs/WEF_The_Moment_of_Truth_for_Healthcare_Spending_2023.pdf (letzter Zugriff 20.2.23)

Siemens Healthineers (2021). How population health management can transform care delivery. Insights Series, issue 25: An ounce of prevention is worth a pound of cure. [Siemens Healthineers · Insights Series S4 portrait · Template \(siemens-healthineers.com\)](https://www.siemens-healthineers.com/insights-series/s4-portrait-template)