ÜBER WETTBEWERB MEHR EFFIZIENZ IM GESUNDHEITSWESEN

I. Gesundheitswesen vor großen Veränderungen

II. Demografischer Wandel als Kernherausforderung

1. Wachsende Bedeutung des Gesundheitswesens
2. Kein effizienter Mitteleinsatz
3. Zuspitzung der Fachkräfteengpässe

III. Finanzierung sichern, Überkapazitäten abbauen

1. Einnahmesichernde Maßnahmen
2. Wettbewerbspotenziale im stationären Sektor

IV. Unterversorgung zuvorkommen

V. Digitalisierung als Innovationsmotor

Literatur

DAS WICHTIGSTE IN KÜRZE

Der Gesundheitssektor gewinnt an Bedeutung für Wachstum und Beschäftigung. Die Alterung der Gesellschaft wird diese Entwicklung in den kommenden Jahrzehnten verstärken. Die derzeit positive finanzielle Lage darf nicht darüber hinwegtäuschen, dass dem Gesundheitswesen aufgrund des demografischen Wandels und des medizinisch-technischen Fortschritts **große finanzielle Belastungen** bevorstehen.

Die effiziente Verwendung der eingesetzten finanziellen Mittel ist daher von großer Bedeutung. Allerdings bestehen Indizien für **Überkapazitäten** im deutschen Gesundheitssystem. Dies zeigt sich im internationalen Vergleich beispielsweise an einer hohen Anzahl an Krankenhausbetten je Einwohner und einer vergleichsweise langen Krankenhausaufenthaltsdauer. Um dieser Überversorgung zu begegnen, sollten stärker wettbewerbsfördernde Elemente zum Einsatz kommen.

Die **Einführung von Zusatzbeiträgen** war hierfür ein Schritt in die richtige Richtung. Dies hat den Wettbewerb im Krankenkassenmarkt belebt und den Krankenkassenwechsel von Versicherten befördert. Das Finanzierungssystem der Gesetzlichen Krankenversicherung sollte zu einer **Bürgerpauschale** weiterentwickelt werden. Diese sieht einkommensunabhängige Pauschalbeiträge mit einem einheitlichen Versicherungsmarkt und einem versicherungsexternen sozialen Ausgleich mit Zuschüssen aus Steuermitteln vor.

Die notwendige **Strukturbereinigung im Krankenhausbereich** sollte vorangetrieben werden. Außerdem sollte die Krankenhausfinanzierung von einem dualen auf ein monistisches System umgestellt werden. Die Investitionskosten würden dann nicht wie bislang von den Ländern, sondern wie die Betriebskosten von den Krankenhäusern aus den Leistungsvergütungen getragen. Zudem sollte die weitgehende Trennung von ambulantem und stationärem Sektor abgebaut und damit die sektorenübergreifende Versorgung verbessert werden.

Der Rückgang der erwerbstätigen Bevölkerung dürfte den schon heute teilweise zu beobachtenden **Mangel an qualifizierten Fachkräften** im Gesundheitssystem deutlich verstärken. Bis zum Jahr 2030 könnten im Vergleich zum Jahr 2016 bis zu 1,3 Millionen Fachkräfte in Vollzeit im Gesundheitsbereich fehlen. Um dem Fachkräftemangel entgegenzuwirken, sollten die Attraktivität des Gesundheitsberufs gesteigert und die wirtschaftspolitischen Rahmenbedingungen für eine höhere Beschäftigung in diesem Sektor verbessert werden. Darüber hinaus sollten im Ausland aktiv Zuwanderer für den Gesundheitssektor angeworben werden.

Die **Digitalisierung** kann helfen, den Fachkräftemangel abzufedern, indem die Nachfrage nach Gesundheitsleistungen durch gezieltere Krankheitsprävention vermindert wird. Zugleich kann sie dazu beitragen, die Beschäftigungsfähigkeit von Arbeitnehmern im Gesundheitssystem durch ein verstärktes Zusammenspiel von Mensch und Maschine länger zu erhalten. Zudem kann sie durch eine effektivere Patientensteuerung einer Fehlversorgung entgegenwirken. Um den Ausbau der Telemedizin zu befördern, die gerade im ländlichen Raum ein Mittel gegen eine drohende medizinische Unterversorgung der Bevölkerung bedeuten kann, ist eine kritische Überprüfung des Fernbehandlungsverbots zu begrüßen. Die Potenziale der Digitalisierung hinsichtlich eines effizienteren Gesundheitswesens sollten jedoch nicht überschätzt werden.

I. GESUNDHEITSWESEN VOR GROSSEN VERÄNDERUNGEN

772. Deutschland stehen im kommenden Jahrzehnt **große demografische Veränderungen** bevor, wenn die geburtenstarken Jahrgänge der 1950er- und 1960er-Jahre nach und nach das Rentenalter erreichen. Zum einen sind dadurch finanzielle Folgen für die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) zu erwarten, da sich ihre **Einnahmen** zum größten Teil aus den Beiträgen der Erwerbstätigen ergeben, deren Anzahl potenziell abnehmen wird. Darüber hinaus dürften der medizinisch-technische Fortschritt und die Alterung der Gesellschaft die Nachfrage nach Leistungen im Gesundheitsbereich verstärken und so die **Ausgaben** erhöhen. Zum anderen stehen dem Arbeitsmarkt im Gesundheitswesen zukünftig weniger **Arbeitskräfte** zur Verfügung. Der schon jetzt in Teilen zu beobachtende Fachkräftemangel wird dann aller Voraussicht nach zunehmen.

773. Umso wichtiger ist es, die dem Gesundheitssystem zur Verfügung stehenden Mittel effizient einzusetzen. Aktuell ist jedoch die **Versorgung** in wesentlichen Bereichen **nicht optimal**, vielmehr gibt es zahlreiche Indizien für Über-, Unter- und Fehlversorgung. Die Gründe dafür sind vielfältig. So wird der Gesundheitsmarkt von starken Interessengruppen dominiert, die ihre gewachsenen Privilegien wirksam verteidigen, nicht zuletzt zulasten möglicher **Innovationen**. Darüber hinaus kommen die dafür zuständigen Länder ihren Verpflichtungen bei Weitem nicht in ausreichendem Maße nach und stellen nur unzureichende Mittel für **Investitionen** in die Krankenhausstruktur zur Verfügung. Die Trennung zwischen ambulantem und stationärem Sektor ist ein Beispiel dafür, wie **strukturelle Hemmnisse** verhindern, dass Effizienzpotenziale im Gesundheitswesen gehoben werden.

774. Angesichts dieser Hürden für ein effizientes Gesundheitswesen wiegen die für das kommende Jahrzehnt absehbaren Herausforderungen besonders schwer. Dieses Kapitel diskutiert **drei Ansatzpunkte**, um ihnen wirksam zu begegnen. Erstens ist dringend anzuraten, bei der Organisation des Gesundheitswesens stärker auf Elemente des **Wettbewerbs** zu setzen. Zweitens gilt es, ein ausreichendes Angebot an **Fachkräften** sicherzustellen, damit die künftige Nachfrage nach Gesundheitsleistungen gedeckt werden kann. Drittens sollten die Potenziale der **Digitalisierung** konsequent genutzt werden.

Der Schwerpunkt liegt im Folgenden auf der Gesundheitsversorgung und dabei insbesondere dem **stationären Sektor**. Der ambulante Sektor der Gesundheitsversorgung wird ebenso wie der Pharmasektor nur am Rande behandelt; der Bereich der Pflege wird ebenfalls weitgehend ausgeblendet. Lediglich bei der Diskussion der Fachkräftesicherung wird er ausführlich berücksichtigt.

II. DEMOGRAFISCHER WANDEL ALS KERNHERAUSFORDERUNG

775. Ähnlich wie in anderen hoch entwickelten Volkswirtschaften gewinnt der Gesundheitssektor in Deutschland an Bedeutung für Wachstum und Beschäftigung. Die Alterung der Gesellschaft wird diese Entwicklung in den kommenden Jahrzehnten weiter verstärken. Die nachhaltige Organisation der Gesundheitsversorgung ist jedoch alles andere als gesichert. So dürfte kurz- und mittelfristig insbesondere die **Knappheit an Arbeitskräften** zunehmen und damit die reibungslose Versorgung gefährden. Derzeit ist die finanzielle Lage des Gesundheitswesens zwar gut, doch dürften ihm aufgrund des demografischen Wandels und des medizinisch-technischen Fortschritts längerfristig **große finanzielle Belastungen** bevorstehen. Die Vorhaltung überflüssiger Kapazitäten und Effizienzverluste bei der Verwendung der eingesetzten finanziellen Mittel können daher umso weniger toleriert werden.

1. Wachsende Bedeutung des Gesundheitswesens

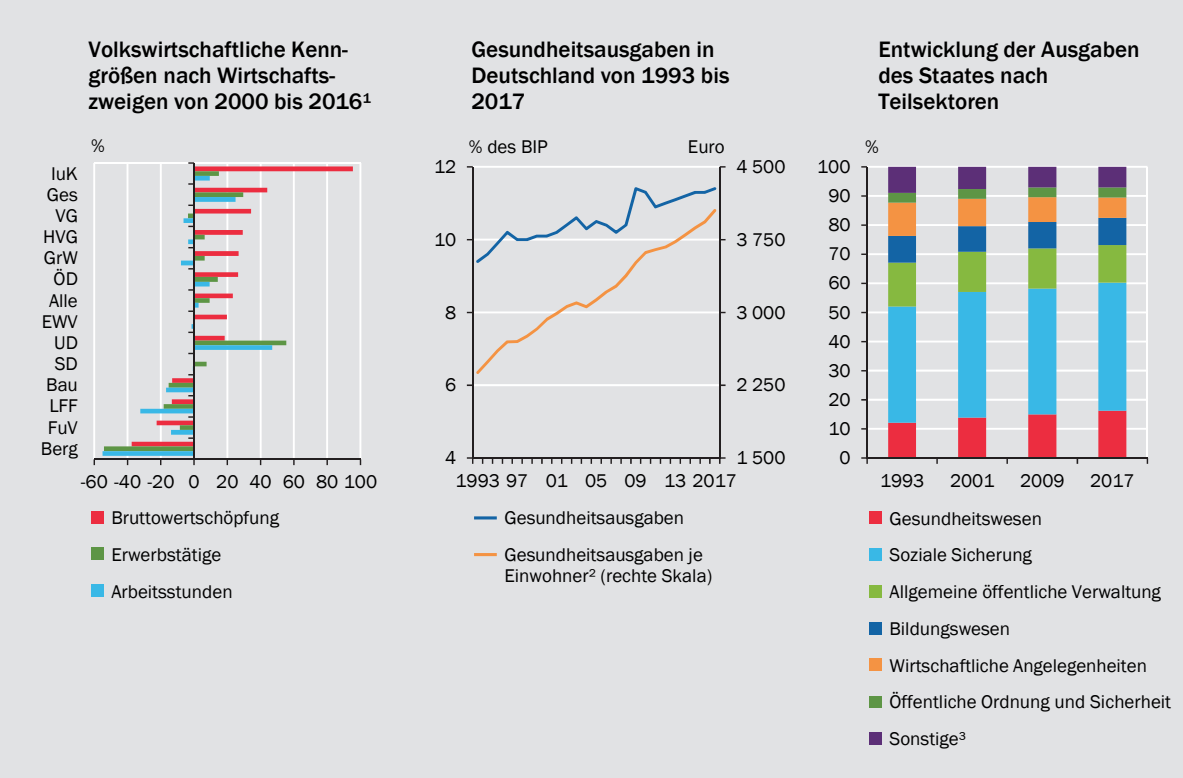
776. Das Gesundheitswesen nimmt eine **immer wichtigere Rolle für Beschäftigung und Wirtschaftswachstum** ein. Gemessen an der Bruttowertschöpfung ist zwischen den Jahren 2000 und 2016 nur der Wirtschaftszweig Information und Kommunikation deutlich stärker gewachsen. In diesem Zeitraum hat sich die Beschäftigung im Gesundheitswesen um fast 30 % von 2,5 Millionen auf 3,2 Millionen Personen erhöht. Lediglich der Wirtschaftszweig der Unternehmensdienstleister verzeichnete während dieser Zeit ein höheres Wachstum der Beschäftigung und des Arbeitsvolumens. ↘ ABBILDUNG 98 LINKS Rund ein Sechstel des gesamten Beschäftigungswachstums im Dienstleistungssektor ist in diesem Zeitraum auf das Gesundheitswesen zurückzuführen. Im Jahr 2016 lag der Anteil der dort erzielten Bruttowertschöpfung bei 7,5 % und der Anteil der Beschäftigten an allen Beschäftigten bei 7,4 %, nach jeweils 6,2 % im Jahr 2000.

777. Der Anteil der Gesundheitsausgaben am Bruttoinlandsprodukt (BIP) hat sich zwischen den Jahren 1993 und 2017 laut Statistischem Bundesamt von 9,4 % auf 11,4 % erhöht. Die Gesundheitsausgaben je Einwohner stiegen in Preisen von 2010 in demselben Zeitraum von gut 2 380 Euro auf über 4 000 Euro. ↘ ABBILDUNG 98 MITTE Während sich in diesem Zeitraum die nominalen Gesamtausgaben des Staates um gut 70 % steigerten, stiegen die **staatlichen Gesundheitsausgaben** um 130 % auf über 230 Mrd Euro an. Damit wuchs ihr Anteil an den staatlichen Ausgaben von 12 % auf 16 %. Das Gesundheitswesen bildete im Jahr 2017 nach der sozialen Sicherung, insbesondere der Alterssicherung, den größten Ausgabenposten des Staates. ↘ ABBILDUNG 98 RECHTS

778. Schon seit Jahrzehnten steigt der Anteil der Personen im Alter von über 65 Jahren an der Bevölkerung kontinuierlich an. Dazu trägt eine niedrige Geburtenrate ebenso bei wie eine **gestiegene Lebenserwartung**, die nicht zuletzt auf den

↘ ABBILDUNG 98

Wachsende Bedeutung des Gesundheitswesens



1 – IuK-Information und Kommunikation, Ges-Gesundheitswesen, VG-Verarbeitendes Gewerbe, HVG-Handel, Verkehr, Gastgewerbe, GrW-Grundstücks- und Wohnungswesen, ÖD-Öffentliche Dienstleister (inklusive Heime und Sozialwesen, ohne Gesundheit), Alle-Alle Wirtschaftsbereiche, EWV-Energie- und Wasserversorgung, UD-Unternehmensdienstleister, SD-Sonstige Dienstleister, Bau-Baugewerbe, LFF-Land- und Forstwirtschaft, Fischerei, FuV-Finanz- und Versicherungsdienstleister, Berg-Bergbau und Gewinnung von Steinen und Erden. 2 – Deflationiert mit dem BIP-Deflator; in Preisen von 2010. 3 – Verteidigung, Umweltschutz, Wohnungswesen und kommunale Einrichtungen, Freizeitgestaltung, Sport, Kultur und Religion.

Quellen: Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Statistisches Bundesamt, eigene Berechnungen

© Sachverständigenrat | 18-374

Daten zur Abbildung

über Jahrzehnte hinweg gestiegenen Wohlstand und auf (technologische) Verbesserungen im Gesundheitswesen zurückzuführen ist. Im kommenden Jahrzehnt wird sich diese Entwicklung verstärken, wenn die geburtenstarken Jahrgänge der 1950er- und 1960er-Jahre diese Altersgrenze überschreiten.

Die hohe **Zuwanderung** der vergangenen Jahre hat zwar dafür gesorgt, dass die Bevölkerung in Deutschland gestiegen und nicht geschrumpft ist. Die Alterung der Gesellschaft kann sie hingegen nur leicht dämpfen, aber nicht verhindern. Zudem passte sich die Fertilität von Zuwanderern bisher mit der Zeit an das niedrigere Niveau von Deutschen an (Stichnoth und Yeter, 2016).

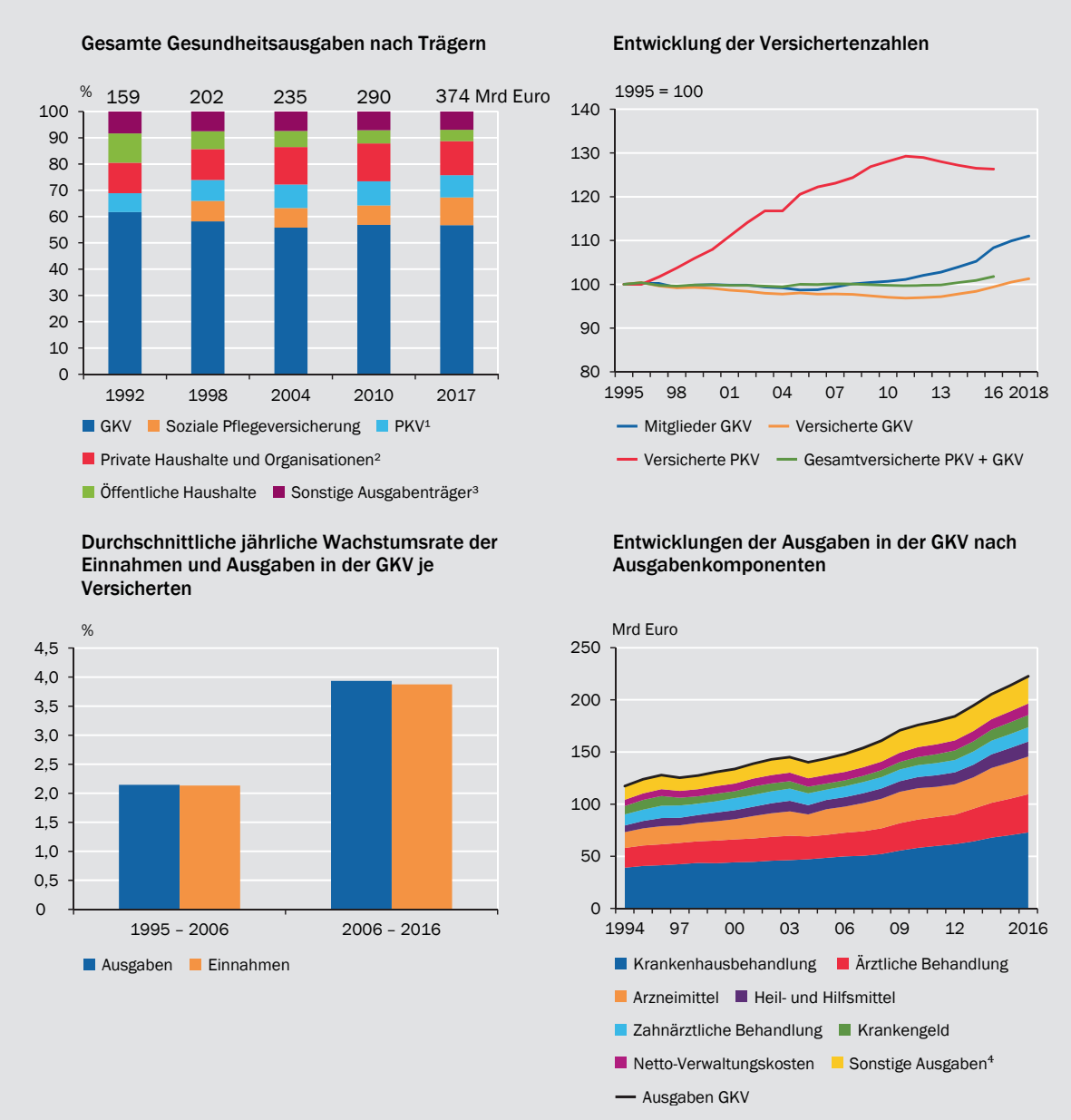
779. Da die Krankheitsbelastung mit steigendem Alter tendenziell zunimmt, dürfte die **Alterung der Gesellschaft** die Bedeutung des Gesundheitswesens in der Zukunft weiter erhöhen. ↘ ZIFFERN 786 FF. Folglich dürften in den kommenden Jahren die Beschäftigung in diesem Bereich und sein Gewicht an der Gesamtwirtschaft und an den Gesamtausgaben weiter ansteigen. Es ist daher wichtig, eine nachhaltige Finanzierung des Gesundheitssystems und die effiziente Verwendung dieser Mittel sicherzustellen.

Dynamische Entwicklung der GKV

780. Die gesamten **Gesundheitsausgaben** betrugen im Jahr 2017 gut 370 Mrd Euro. Mit einem Anteil von 57 % entfiel der größte Teil dabei auf die **GKV**. ↘ ABBILDUNG 99 OBEN LINKS Weitere große Ausgabenposten bildeten die Soziale Pflegeversicherung (11 %), die Private Krankenversicherung (PKV, 8 %) sowie private Haushalte und private Organisationen ohne Erwerbszweck (13 %), wie beispielsweise Kirchen und Vereine. Insgesamt machten die Ausgaben für die **stationäre Behandlung** knapp 40 %, für ambulante Behandlungen rund 30 %

↘ ABBILDUNG 99

Finanzielle Entwicklungen im Gesundheitsbereich



1 – Einschließlich privater Pflege-Pflichtversicherung. 2 – Ohne Erwerbszweck. Dazu gehören unter anderem Kirchen, Vereine und politische Parteien. 3 – Darunter fallen Arbeitgeber, die Gesetzliche Unfallversicherung sowie die Gesetzliche Rentenversicherung. 4 – Darunter fallen Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen, Regelleistung für häusliche Krankenpflege, Fahrkosten, Leistungen bei Schwangerschaft und Mutterschutz, Soziale Dienste und Krankheitsverhütung, Früherkennungsmaßnahmen, medizinischer Dienst und Gutachter sowie Betriebs- und Haushaltshilfe.

Quellen: BMG, Gesundheitsberichtserstattung des Bundes, Statistisches Bundesamt, Verband der Privaten Krankenversicherungen

© Sachverständigenrat | 18-271

Daten zur Abbildung

und für medizinische Erzeugnisse, Geräte und Ausrüstungen etwa 22 % der gesamten Ausgaben im Gesundheitswesen aus.

781. Die **GKV** steht daher **besonders im finanzpolitischen Fokus**. Mit rund 72,8 Millionen Personen waren im Jahr 2018 knapp 90 % aller Versicherten gesetzlich krankenversichert, davon 16,3 Mio beitragsfrei. Privatversichert waren im Jahr 2016 rund 8,8 Millionen Personen, davon waren rund die Hälfte Beihilfeempfänger (GKV-Spitzenverband, 2018a). Zwischen den Jahren 1995 und 2011 ging die Anzahl der GKV-Versicherten zugunsten eines Anstiegs bei den PKV-Versicherten zurück. Diese Entwicklung hat sich seither umgekehrt. ↘ ABBILDUNG 99 OBEN RECHTS Ein Grund hierfür dürfte sein, dass sich die Anzahl der Selbstständigen, die überwiegend privatversichert sein dürften, nach Zuwächsen bis zum Jahr 2011 seither ebenfalls rückläufig entwickelt. Seitdem hat zudem die Anzahl der Versichertenwechsel von der GKV in die PKV deutlich abgenommen (Albrecht, 2018).

782. Die **Ausgaben und Einnahmen der GKV** entwickelten sich in den vergangenen Jahren **äußerst dynamisch**. Während die jeweiligen jährlichen nominalen Zuwächse je Versicherten zwischen den Jahren 1995 und 2006 im Durchschnitt bei etwas über 2 % gelegen hatten, betrugen sie seither durchschnittlich jeweils knapp 4 % pro Jahr. ↘ ABBILDUNG 99 UNTEN LINKS Die Ausgaben wuchsen seit dem Jahr 2006 dabei für den stationären Bereich in ähnlichem Ausmaß an wie für den ambulanten Sektor. Mit rund einem Drittel der Ausgaben entfiel der größte Anteil der Mittel auf die Krankenhausbehandlung. ↘ ABBILDUNG 99 UNTEN RECHTS

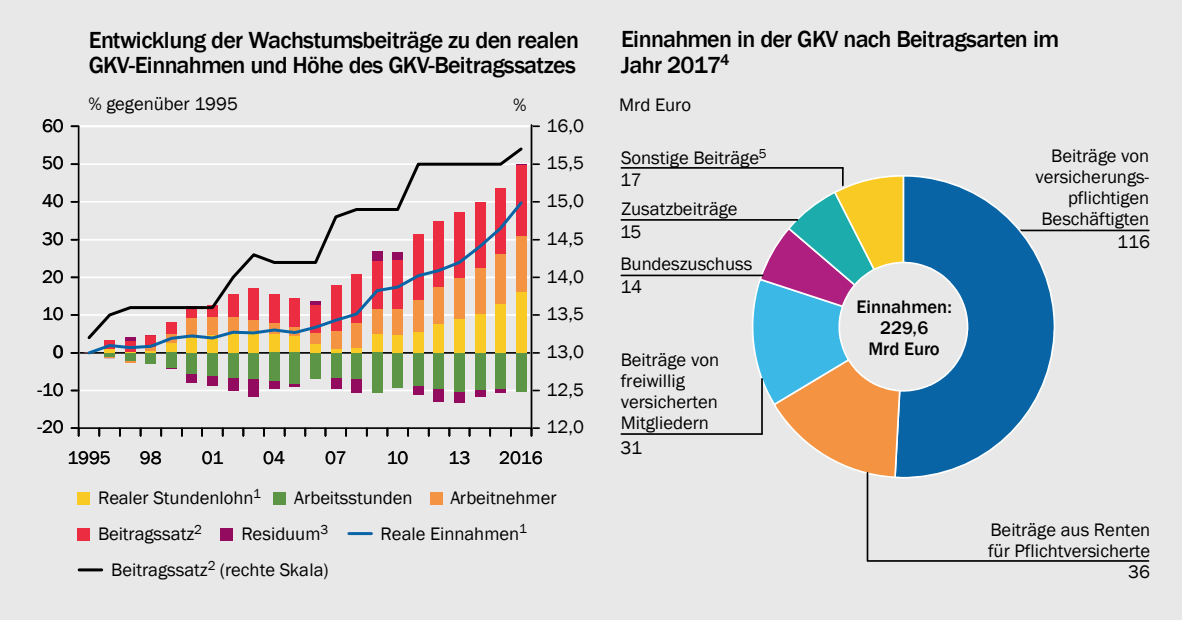
783. Die Ausgaben für das Krankengeld, das üblicherweise im Anschluss an die sechswöchige Lohnfortzahlung im Krankheitsfall einsetzt und 70 % des regelmäßigen Brutto-Arbeitsentgelts beträgt, sind seit dem Jahr 2006 besonders dynamisch angestiegen. Dazu haben **strukturelle Faktoren** erheblich beigetragen, die gesundheitspolitisch nur eingeschränkt zu beeinflussen sind (SVR Gesundheit, 2015): Die Anzahl der Beschäftigten und damit der Kreis der potenziellen Krankengeldempfänger haben deutlich zugenommen. Zudem sind die Löhne und damit die Höhe des potenziellen Krankengelds spürbar gestiegen.

784. Diese beiden Faktoren waren in den vergangenen Jahren etwa zu gleichen Teilen für den ebenfalls zu beobachtenden starken Anstieg der realen Einnahmen der GKV verantwortlich. ↘ ABBILDUNG 100 LINKS Die aktuell **außerordentlich gute Arbeitsmarktlage** dürfte die Entwicklung stark begünstigt haben, denn der überwiegende Teil der Einnahmen der GKV speist sich aus Sozialversicherungsbeiträgen ihrer Mitglieder. Der Bundeszuschuss für versicherungsfremde Leistungen macht mit 14 Mrd Euro dagegen nur einen vergleichsweise kleinen Teil der Einnahmen aus. ↘ ABBILDUNG 100 RECHTS

785. Um die Einnahmen dauerhaft stabil zu halten und den Wettbewerb zwischen Krankenkassen zu fördern, werden seit dem Jahr 2015 von den Krankenkassen flächendeckend **Zusatzbeiträge** erhoben. ↘ ZIFFERN 830 FF. Diese schlugen im Jahr 2017 mit rund 15 Mrd Euro zu Buche. Insgesamt wurden die steigenden Ausgaben in der GKV im Jahr 2017 durch hohe Einnahmen in Höhe von knapp

↘ ABBILDUNG 100

Entwicklung und Struktur der Einnahmen in der GKV



1 – Preisbereinigt mit dem Verbraucherpreisindex. 2 – Ab dem Jahr 2015 Beitragssatz zuzüglich dem durchschnittlichen Zusatzbeitrag. 3 – Ein Residuum besteht, da in der Kalkulation Zuschüsse des Bundes nicht berücksichtigt sind. Zudem werden alle Arbeitnehmer als Beitragszahler behandelt. Es wird daher nicht berücksichtigt, dass ein Teil der Arbeitnehmer ein Lohneinkommen oberhalb der Beitragsbemessungsgrenze verdient oder nicht beitragspflichtig ist. 4 – Prognostizierte Werte des Bundesversicherungsamts für 2017. 5 – Beispielsweise Beiträge für versicherte Arbeitslosengeld-II-Empfänger oder Beiträge aus Versorgungsbezügen.

Quellen: Bundesversicherungsamt, Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Statistisches Bundesamt, eigene Berechnungen

© Sachverständigenrat | 18-357

Daten zur Abbildung

230 Mrd Euro überkompensiert. Der **Gesundheitsfonds**, der die Einnahmen aus allen Beiträgen bündelt und sie den Krankenkassen zuteilt, wies zu Beginn des Jahres 2018 eine Liquiditätsreserve von 9,1 Mrd Euro auf (BMG, 2018a).

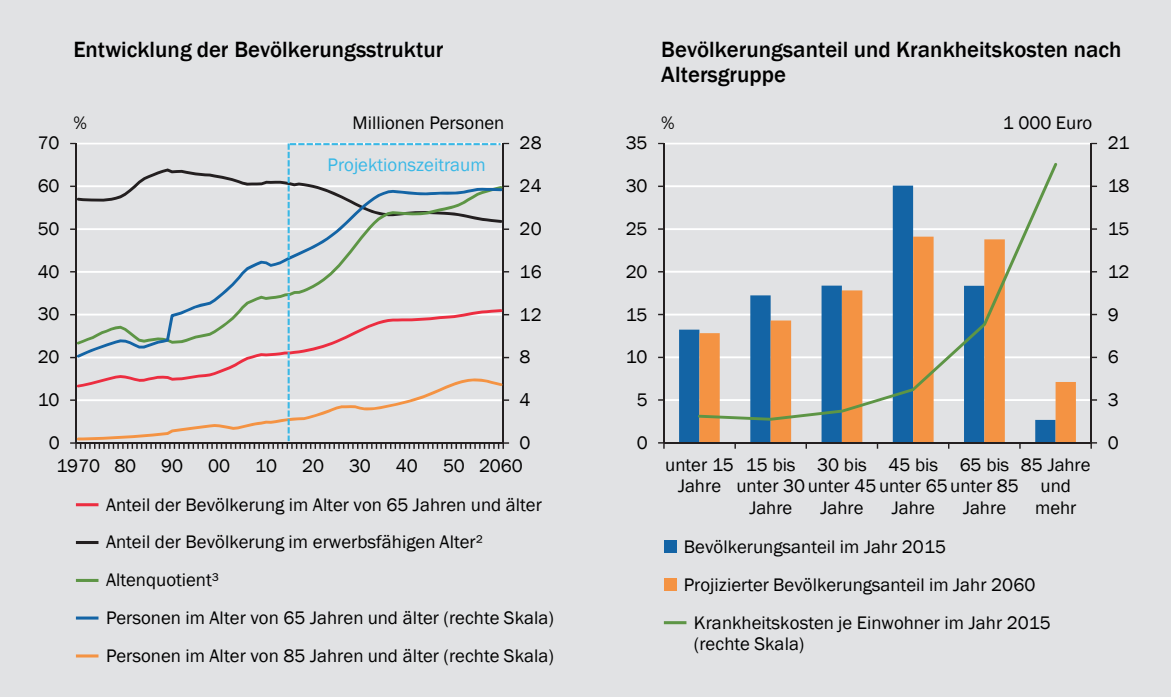
Zukünftige finanzielle Belastungen

786. Die Bedeutung von **älteren Personen** für das Gesundheitswesen nimmt schon seit Längerem deutlich zu. So hat keine andere Fachabteilung die Anzahl der Krankenhausbetten im Zeitraum der Jahre 1999 bis 2016 so sehr aufgestockt wie die Geriatrie (Augurzky et al., 2018). Mit dem Alter steigt die Häufigkeit **chronischer Krankheiten** an, vor allem da viele Ältere jahre- oder jahrzehntelang verschiedenen Risikofaktoren wie Rauchen oder Lärm ausgesetzt waren (GBE, 2009). Beschäftigte weisen eine mit dem Alter steigende Falldauer der Arbeitsunfähigkeit auf (DAK, 2018). Zudem treten manche Krankheiten wie Krebs meist erst im höheren Erwachsenenalter auf (GBE, 2009).

787. Der Altenquotient illustriert die seit Jahrzehnten anhaltende Entwicklung hin zu einer **deutlich älteren Gesellschaft**: Auf 100 Personen im erwerbsfähigen Alter zwischen 20 und 64 Jahren dürften statt derzeit 35 Personen laut Projektionen des Statistischen Bundesamts im Jahr 2030 (2060) immerhin 48 (60) Personen mit einem Alter von 65 oder älter kommen. Der Anzahl der Personen der mindestens 65-Jährigen dürfte von derzeit knapp 18 Millionen bis zum Jahr 2035 um durchschnittlich rund 300 000 Personen pro Jahr auf 23,5 Millionen Personen ansteigen, bevor sie sich auf diesem Niveau stabilisiert. Die Anzahl der

↘ ABBILDUNG 101

Demografischer Wandel und Krankheitskosten nach Alter[1]



1 – Projektionen ab dem Jahr 2015 anhand der 13. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung, Variante 2-A. 2 – Bevölkerung im Alter von 20 bis 64 Jahren. 3 – Verhältnis der Personen im Alter von 65 Jahren und älter zur Bevölkerung im erwerbsfähigen Alter von 20 bis 64 Jahren.

Quellen: Statistisches Bundesamt, eigene Berechnungen

Daten zur Abbildung

© Sachverständigenrat | 18-196

mindestens 85-Jährigen dürfte sich bis zum Jahr 2060 auf rund 5,5 Millionen Personen mehr als verdoppeln. ↘ ABBILDUNG 101 LINKS

788. Im Durchschnitt gehen mit einem höheren Alter **höhere Krankheitskosten** einher. ↘ ABBILDUNG 101 RECHTS Verbleiben die altersspezifischen Krankheitskosten langfristig auf dem Niveau des Jahres 2015, dürften die durchschnittlichen jährlichen Krankheitskosten je Einwohner bis zum Jahr 2060 allein aufgrund der demografischen Veränderungen um rund 25 % auf über 5000 Euro ansteigen. Die gesamten Krankheitskosten dürften allerdings angesichts der zu erwartenden schrumpfenden Bevölkerung bis zum Jahr 2060 etwas gedämpft werden.

789. Die demografische Alterung in Deutschland dürfte das Wachstum der Pro-Kopf-Ausgaben in der GKV insgesamt weiter beschleunigen (Breyer, 2015). Wie sich die demografiebedingten Mehrausgaben zukünftig konkret entwickeln, hängt unter anderem davon ab, wie sich die steigende Lebenserwartung auf die altersspezifischen Morbiditätsrisiken auswirkt. Der **Medikalisierungsthese** folgend geht der Anstieg der Lebenserwartung mit einer im Vergleich zum Status quo stärkeren Leistungsinanspruchnahme einher. Dies bedeutet, dass Leistungen über einen längeren Zeitraum und in zunehmenden Maße in Anspruch genommen werden, beispielsweise weil krankheitsanfällige Menschen dank des technischen Fortschritts länger leben können.

Die **Kompressionsthese** geht hingegen davon aus, dass sich die erhöhte Morbidität auf eine kurze Phase vor dem Tod beschränkt und sich somit bei einem Anstieg der ferneren Lebenserwartung lediglich zeitlich nach hinten verschiebt.

Der Kostenanstieg fällt daher entsprechend niedriger aus als im Fall der Medikalisierungsthese. Bislang existiert keine eindeutige empirische Evidenz für eine der beiden Thesen (Expertise 2011 Kasten 10). Breyer et al. (2015) leiten mithilfe von Daten aus dem GKV-Risikostrukturausgleich ab, dass ein 80-Jähriger im Jahr 2040 ähnlich intensiv behandelt werden dürfte wie ein 75-Jähriger heute, wenn beide ungefähr die gleiche verbleibende Lebenserwartung aufweisen.

790. In jedem Fall dürfte der zu erwartende **demografiebedingte Kostenanstieg** in den kommenden Jahrzehnten den Finanzierungsdruck auf das Krankenversicherungssystem merklich erhöhen. Grundsätzlich führt eine rückläufige Erwerbsbevölkerung zu einem **geringeren Anstieg der Beitragseinnahmen** der GKV. Krankenversicherungspflichtige Rentner leisten zwar keine Rentenbeiträge, aber weiterhin Krankenversicherungsbeiträge. Allerdings dürften ihre Beiträge meist deutlich niedriger ausfallen als für Erwerbstätige, da die individuelle gesetzliche Rente üblicherweise spürbar unterhalb des vorher erworbenen Erwerbseinkommens liegt.

791. Simulationen über die zukünftigen Beitragsentwicklungen weisen eine erhebliche Bandbreite auf. Laut Berechnungen von Aretz et al. (2016) erhöhen demografische Effekte die öffentlichen Ausgaben allein für die GKV bis zum Jahr 2080 um knapp 2 Prozentpunkte auf über 8 % des BIP. Die Sicherung der **langfristigen Tragfähigkeit** der gesamtstaatlichen öffentlichen Finanzen, die anhand einer Tragfähigkeitslücke abgebildet werden kann, wird dadurch insgesamt erschwert (JG 2016 Ziffern 692 ff.). Die Tragfähigkeitslücke gibt diejenige Verbesserung des primären Finanzierungssaldos an, die rein rechnerisch ab sofort und dauerhaft erforderlich wäre, um trotz der spürbaren Auswirkungen der demografischen Alterung auf die öffentlichen Ausgaben die intertemporale Budgetbeschränkung des Staates zu erfüllen.

792. Für einen Projektionszeitraum bis zum Jahr 2080 ermitteln Aretz et al. (2016) eine **Tragfähigkeitslücke von 4,2 % des BIP** (JG 2016 Abbildung 79). Knapp 1 Prozentpunkt ist dabei auf die Ausgabensteigerungen in der GKV zurückzuführen. Nur die Gesetzliche Rentenversicherung trägt mit einem höheren Anteil zur Tragfähigkeitslücke bei. Die Aufwendungen der Sozialen Pflegeversicherung erhöhen bei dieser Simulationsrechnung die Tragfähigkeitslücke nur leicht um 0,1 Prozentpunkte. Allerdings sind in dieser Modellrechnung steigende Belastungen durch die Pflege ausgeblendet.

793. Hinsichtlich der langfristigen Entwicklung der Gesundheitsausgaben bestehen jedoch **erhebliche Unsicherheiten** (Werding, 2018). Diese resultieren daraus, dass die GKV eine Versicherung für Sachleistungen anbietet, die dem jeweiligen medizinischen Wissenstand entsprechen, ohne dass der Inhalt oder die Kosten des zukünftigen Leistungspakets bekannt wären. Wird eine sinkende altersspezifische Morbidität bei steigender Lebenserwartung angenommen, etwa weil die Gesellschaft gesünder altert, könnte die Tragfähigkeitslücke um 1,6 Prozentpunkte sinken. Erhöhen die in der Vergangenheit beobachteten ausgabensteigernden Effekte des medizinisch-technischen Fortschritts dagegen die alterspezifischen Leistungsausgaben, könnte sich die Tragfähigkeitslücke auf über 8 % des BIP in etwa verdoppeln (Aretz et al., 2016).

2. Kein effizienter Mitteleinsatz

794. Die infolge des demografischen Wandels und des medizinisch-technischen Fortschritts entstehenden finanziellen Mehrbelastungen für das Gesundheitssystem akzentuieren die Bedeutung, die einer **effizienten Verwendung der eingesetzten Mittel** zukommt. Schon jetzt bestehen in vielen Bereichen Fälle von Über- und Fehlversorgung. ↘ ZIFFERN 801 FF. Verschiedene Wettbewerbsbeschränkungen, Fehlanreize und strukturelle Hemmnisse tragen dazu bei.

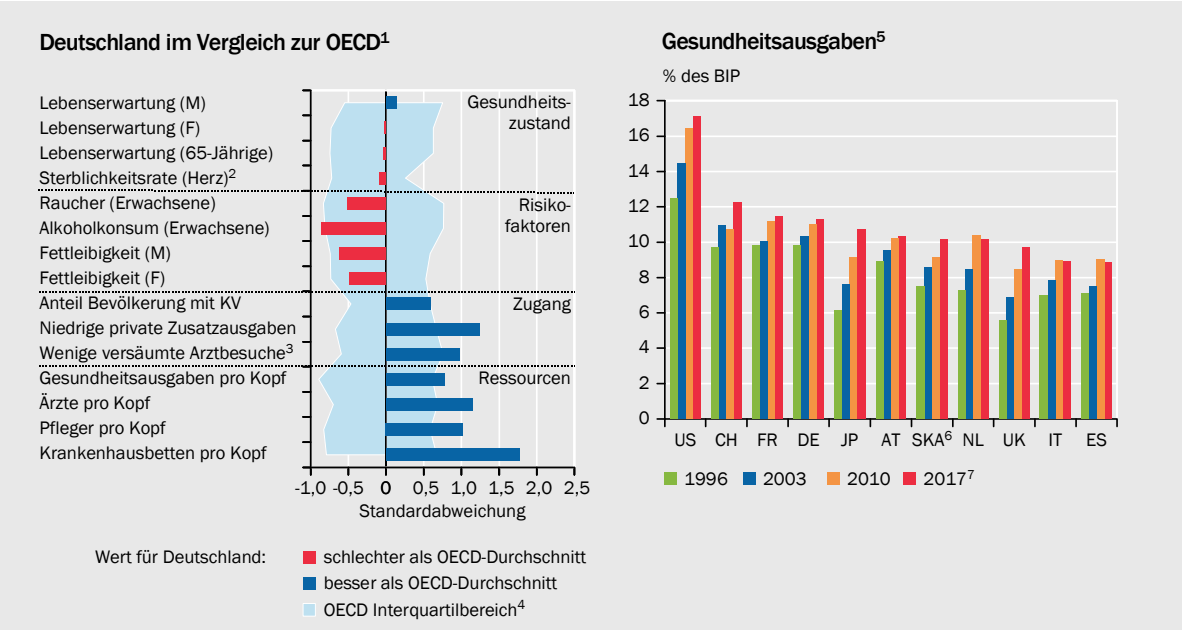
Eigenschaften des deutschen Gesundheitswesens

795. In Deutschland ist das Niveau der Gesundheitsversorgung vergleichsweise hoch (OECD und European Observatory on Health Systems and Policies, 2017). Alle Bürger haben im Krankheitsfall die **freie Wahl**, welchen Arzt und welches Krankenhaus sie aufsuchen. Der Zugang zur Gesundheitsversorgung wird durch überdurchschnittlich **hohe Kapazitäten** erleichtert. Angesichts dieser Rahmenbedingungen überrascht es, dass die Lebenserwartung von Frauen und Männern nicht deutlich oberhalb des OECD-Durchschnitts liegt. ↘ ABBILDUNG 102 LINKS Dies könnte zumindest teilweise darauf zurückzuführen sein, dass der Anteil von Personen mit hohen gesundheitlichen Risikofaktoren, allen voran Rauchen, Alkoholkonsum oder Übergewicht, in Deutschland vergleichsweise hoch ist (OECD, 2017a).

796. In der GKV tragen alle gesetzlich Versicherten gemeinsam das individuelle Risiko der krankheitsbedingten Kosten. Zwar sind alle Bürger gesetzlich dazu ver-

↘ ABBILDUNG 102

Indikatoren im Gesundheitsbereich im internationalen Vergleich



1 – M-Männer, F-Frauen, KV-Krankenversicherung. Datenstände varieren je nach Variable und Land zwischen 2011 und 2017. Ohne Litauen. 2 – Ischämische Herzerkrankungen. 3 – Aus Kostengründen. 4 – Interquartilsbereich ohne Ausreißer (Wert der Standardabweichung vom Durchschnitt übertrifft 3). 5 – US-Vereinigte Staaten, CH-Schweiz, FR-Frankreich, DE-Deutschland, JP-Japan, AT-Österreich, SKA-Skandinavien, NL-Niederlande, UK-Vereinigtes Königreich, IT-Italien, ES-Spanien. 6 – Ungewichteter Durchschnitt der vier Länder Dänemark, Finnland, Norwegen und Schweden. 7 – Vorläufige beziehungsweise prognostizierte Werte der OECD.

Quellen: OECD, eigene Berechnungen

Daten zur Abbildung

© Sachverständigenrat | 18-270

pflichtet, eine Krankenversicherung abzuschließen. Allerdings existieren jeweils eigene Versorgungssysteme für Beamte und Selbstständige, die daher nicht am gesetzlichen System der Krankenversicherung teilnehmen. Darüber hinaus können Personen, die eine bestimmte Einkommensgrenze überschreiten, frei wählen, ob sie sich gesetzlich oder privat versichern möchten. Dies kann dazu beitragen, dass sich die **Risiken entmischen**, da eher Personen mit hohem Krankheitsrisiko im gesetzlichen System verbleiben. Das Nebeneinander von Gesetzlicher und Privater Krankenversicherung wird vor diesem Hintergrund schon länger heftig diskutiert. ↘ KASTEN 22

797. Finanziert wird die Gesundheitsversorgung derzeit überwiegend durch **einkommensabhängige Beiträge** der krankenversicherten Arbeitnehmer sowie der Arbeitgeber. Dies unterscheidet das deutsche Gesundheitssystem etwa von dem durch Steuermittel finanzierten System im Vereinigten Königreich oder in Schweden. In den Vereinigten Staaten hingegen sind viele Arbeitnehmer privat oder gar nicht versichert und müssen selbst für Behandlungskosten und Verdienstausfall durch Krankheit aufkommen.

Aufgrund der vergleichsweise hohen Kosten für Ärzte, Behandlungen, Arzneimittel und Verwaltung sind in den Vereinigten Staaten die **Gesundheitsausgaben** gemessen am BIP von allen Industrieländern mit über 17 % mit Abstand am höchsten (Papanicolas et al., 2018). Deutschland weist mit Ausgaben in Höhe von gut 11 % des BIP im Jahr 2017 ebenfalls vergleichsweise hohe Gesundheitsausgaben auf. Dieser Anteil hat sich dabei in den vergangenen Jahrzehnten leicht erhöht. ↘ ABBILDUNG 102 RECHTS

↘ KASTEN 22

Das Nebeneinander von Gesetzlicher und Privater Krankenversicherung

Das deutsche Gesundheitssystem mit dem Nebeneinander von Gesetzlicher und Privater Krankenversicherung ist historisch gewachsen und **in der Welt ohne Vorbild** (Breyer, 2018). Die wichtigste Leistung der im Jahr 1883 gegründeten Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) war zunächst die Lohnfortzahlung im Krankheitsfall. Daher hatte die Beschränkung der Pflichtmitgliedschaft auf Arbeitnehmer unterhalb einer bestimmten Einkommensgrenze damals ihre Berechtigung. Die Lasten der Lohnfortzahlung wurden mit dem Lohnfortzahlungsgesetz aus dem Jahr 1969 jedoch weitgehend auf die Arbeitgeber verschoben. Mit der Zeit entstanden Private Krankenversicherungen (PKV) für solche Personenkreise, die nicht unter die Pflichtversicherung in der GKV fielen. Anders als bei der GKV differenzieren die PKV ihre Prämien nach beobachtbaren Risikomerkmalen.

Die PKV unterscheidet sich von der GKV unter anderem darin, welche Leistungen angeboten und in welcher Art und Höhe diese vergütet werden. Niedergelassene Ärzte können so für die gleiche Leistung bei Privatversicherten ein Vielfaches dessen abrechnen, was bei gesetzlich Versicherten vorgesehen ist. Damit geht einher, dass Privatversicherte zumindest im Hinblick auf die Termingestaltung eine bevorzugte Behandlung gegenüber gesetzlich Versicherten genießen. Diese **Ungleichbehandlung** umfasst i) längere Wartezeiten von gesetzlich Versicherten auf einen Behandlungstermin, ii) längere Wartezeiten von gesetzlich Versicherten in der Arztpraxis sowie iii) mehr und möglicherweise bessere – möglicherweise aber überflüssige oder sogar schädliche – medizinische Leistungen für Privatpatienten bei an sich gleichem Gesundheitszustand (Breyer, 2018).

Befürworter des Status quo sehen im bestehenden Nebeneinander einen **Systemwettbewerb**, der zum Fortschritt in der Gesundheitsversorgung der Bevölkerung beitragen kann. Jedoch können die meisten Menschen die Versicherungsart nicht frei wählen. Sofern eine Wahlmöglichkeit besteht, ist diese wesentlich von persönlichen Eigenschaften abhängig, wie dem Gesundheitszustand und der Zahl der Haushaltsmitglieder.

Aus sozialpolitischer Sicht wäre es grundsätzlich erstrebenswert, das Nebeneinander von GKV und PKV aufzulösen. So wäre beispielsweise prinzipiell denkbar, die **Honorare der PKV und GKV anzugleichen**. Das würde jedoch möglicherweise damit einhergehen, dass die Honorare in der GKV ansteigen und damit deren Beitragssätze. Dies wiederum geschähe auf Kosten der GKV-Versicherten und erscheint politisch kaum durchsetzbar. Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) hat in diesem Jahr eine Kommission für ein modernes Vergütungssystem eingerichtet, die bis Ende des Jahres 2019 Vorschläge für eine Reform der ambulanten Honorarordnung in der GKV (EBM) sowie der Gebührenordnung der PKV (GOÄ) erarbeiten soll.

Damit gesetzlich Versicherte zukünftig schneller Arzttermine bekommen, hat die Bundesregierung im September 2018 den Entwurf für ein **Terminservice- und Versorgungsgesetz** verabschiedet. Es sieht unter anderem vor, dass Ärzte ihre Mindestsprechstundenzeiten von 20 auf 25 Stunden pro Woche ausweiten müssen. Zudem sollen Terminservicestellen zu Servicestellen für ambulante Versorgung und Notfälle weiterentwickelt werden. Dafür soll eine neue rund um die Uhr erreichbare bundesweit einheitliche Notdienstnummer 116117 eingerichtet werden.

Deutlich weitreichender wäre das Vorhaben, ein einheitliches Versicherungssystem zu etablieren, das die gesamte Wohnbevölkerung umfasst. Medizinische Sonderleistungen über die Grundversorgung hinaus könnten dabei weiterhin durch private Zusatzversicherungen ermöglicht werden. In den vergangenen Jahren wurden in der Öffentlichkeit diesbezüglich insbesondere zwei Modelle intensiv diskutiert. Eine **Bürgerversicherung** würde Beiträge nicht nach dem Risiko differenzieren, wohl aber nach der Höhe der Einkommen, wobei alle Einkommensarten einbezogen würden. Dies ist jedoch mit hohen rechtlichen Hürden verbunden. So könnten Bestandsversicherte der PKV nicht in die GKV gezwungen werden, da die für sie gebildeten Alterungsrückstellungen grundgesetzlich geschützt sind (Breyer, 2018).

Ohnehin wäre es zielführender, die bestehende Einkommensumverteilung im Krankenversicherungssystem, die bislang weder alle Bürger noch alle Einkommensarten umfasst und damit aus Gerechtigkeitsaspekten nur bedingt nachvollziehbar ist, vollständig ins Steuersystem zu überführen. Dazu hat der Sachverständigenrat mit dem Konzept der **Bürgerpauschale** bereits vor einiger Zeit einen Vorschlag unterbreitet (JG 2004 Ziffern 511 ff.). Dessen Grundidee besteht darin, jedem erwachsenen Bürger den gleichen Beitrag für die Mitgliedschaft in einer bestimmten Krankenkasse abzuverlangen, ohne dass dabei individuelle Risiken Berücksichtigung finden. Die bisherige im System der GKV bestehende Einkommensumverteilung würde dabei durch einen sozialen Ausgleich geleistet, der aus dem Bundeshaushalt finanziert wird.

Zwar würden Versicherte mit einem höheren Einkommen dann anders als derzeit lediglich ebenso hohe Beiträge zahlen wie Versicherte mit niedrigem Einkommen. Anders als im bisherigen System wäre jedoch sichergestellt, dass alle Steuerzahler als Teil des solidarischen Systems zur Finanzierung der sozialen Leistungen innerhalb der Krankenversicherungen herangezogen werden. Der **politische Widerstand** gegen einen derartig weitreichenden Systemwechsel war in der Vergangenheit groß. Es böte sich daher an, eine langfristig angelegte stufenweise Umstellung von einkommensabhängigen hin zu einkommensunabhängigen Krankenversicherungsbeiträgen vorzusehen (Kallweit und Kohlmeier, 2012; JG 2012 Ziffern 611 ff.). ↘ ZIFFERN 825 FF.

798. Hohe Gesundheitsausgaben können gesellschaftlich wünschenswert sein, wenn die Qualität der Gesundheitsversorgung dementsprechend hoch ausfällt. Allerdings führen besondere Eigenschaften des Gesundheitsmarkts zu einer **Reihe von Fehlanreizen**, die zu höheren Ausgaben als nötig führen können. So werden die Kosten für eine Leistung, die ein Versicherter empfängt, von der Allgemeinheit der Versicherten getragen. Daher könnten Versicherte geneigt sein, ein risikoreicheres Handeln an den Tag zu legen oder das Gesundheitssystem häufiger zu nutzen als nötig. Die fehlende Transparenz hinsichtlich der Kosten ärztlicher Behandlungen begünstigt dieses als Moral Hazard bezeichnete Verhalten.

799. Darüber hinaus bestehen auf dem Markt für Gesundheitsleistungen vielfältige **Einschränkungen des Wettbewerbs**. ↘ ZIFFERN 841 FF. Unter anderem verlangt der gesetzliche Sicherstellungsauftrag, dass die medizinische Versorgung flächendeckend einem angemessenen Niveau entsprechen muss. Zudem erhöht eine Zunahme der Anbieter medizinischer Leistungen, insbesondere der niedergelassenen Ärzte, aufgrund der angebotsinduzierten Nachfrage nach ärztlichen Leistungen die Ausgaben pro Versicherten stärker als auf normalen Gütermärkten: Patienten sind typischerweise schlechter über die notwendige medizinische Versorgung informiert als die behandelnden Ärzte und sind daher in stärkerem Maße bereit, den Behandlungsvorschlägen ihres Arztes zu folgen.

800. Weitere ökonomische Verzerrungen gehen von der besonderen Struktur des deutschen Gesundheitswesens aus. So könnte das Aufbrechen der bislang weitgehenden **Trennung des ambulanten und stationären Sektors** zu erheblichen Effizienzgewinnen führen. ↘ ZIFFERN 870 FF. Zudem sind im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA), dem obersten Gremium der **gemeinsamen Selbstverwaltung**, manche Anspruchsgruppen, wie beispielsweise die Industrie oder Patientenvertreter, durch fehlende Stimmrechte unterrepräsentiert. Dies könnte dazu führen, dass Innovationen zulasten der nicht im G-BA vertretenen Institutionen verhindert werden (Haucap et al., 2016).

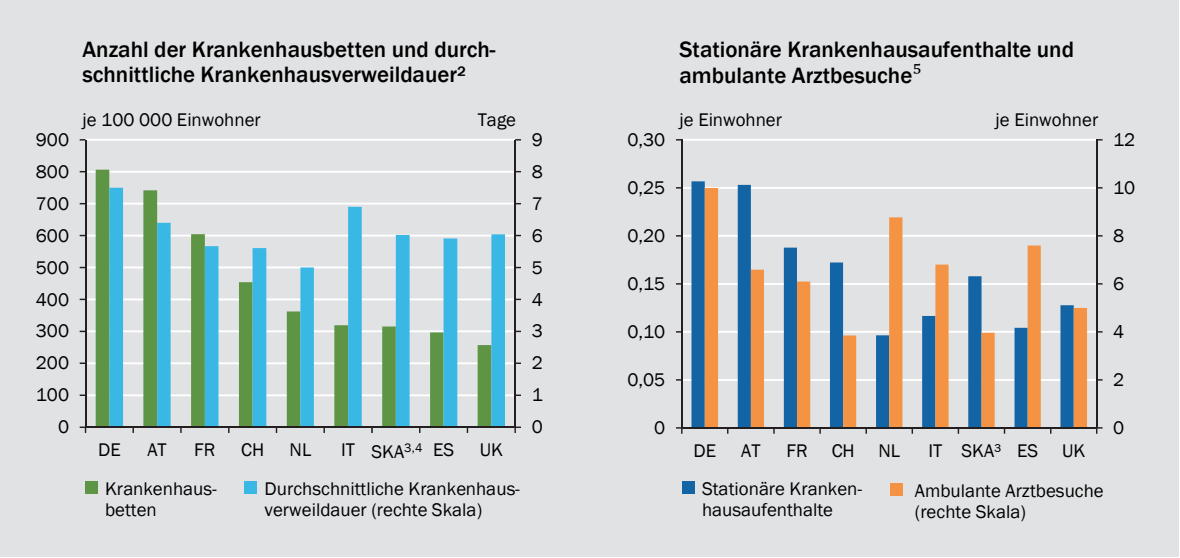
Bestehende Überkapazitäten

801. Die bestehenden Fehlanreize und vorhandenen Wettbewerbsbeschränkungen im Gesundheitssystem führen dazu, dass die eingesetzten Mittel in der Gesundheitsversorgung nicht überall effizient genutzt werden. Im internationalen Vergleich leistet sich Deutschland im Gesundheitsbereich **hohe Kapazitäten**. Mit rund 800 Krankenhausbetten je 100 000 Einwohnern nahm Deutschland im Jahr 2016 europaweit den Spitzenplatz ein. Zahlreiche Länder in Europa verfügen über weniger als die Hälfte der Krankenhausbetten je Einwohner. ↘ ABBILDUNG 103 LINKS Gleichzeitig ist die durchschnittliche Verweildauer in Krankenhäusern mit über sieben Tagen nirgends in Europa so hoch wie in Deutschland.

802. In Deutschland verbringen die Patienten nicht nur vergleichsweise viel Zeit in Krankenhäusern, sie nehmen sie zudem relativ oft in Anspruch. Im Durchschnitt nehmen Personen in Deutschland alle vier Jahre eine stationäre Krankenhausbehandlung wahr, in den Niederlanden beispielsweise hingegen nur alle zehn Jahre. Ein **hoher Nutzungsgrad** ist ebenso bei ambulanten Arztbesuchen zu beobachten. Während in Deutschland pro Person durchschnittlich zehn solcher

↘ ABBILDUNG 103

Indikatoren zur Kapazität im Gesundheitssektor im europäischen Vergleich im Jahr 2016[1]



1 – DE-Deutschland, AT-Österreich, FR-Frankreich, CH-Schweiz, NL-Niederlande, IT-Italien, SKA-Skandinavien, ES-Spanien, UK-Vereinigtes Königreich. 2 – FR: Krankenhausverweildauer Datenstand 2015; IT: Datenstand 2015. 3 – Ungewichteter Durchschnitt der vier Länder Dänemark, Finnland, Norwegen und Schweden. 4 – Durchschnittliche Krankenhausverweildauer ohne Dänemark. 5 – CH: Datenstand 2013; IT: Datenstand 2013; Norwegen: Stationäre Krankenhausaufenthalte Datenstand 2015; ES: Datenstand 2014; UK: Datenstand 2012.

Quellen: Eurostat, OECD

Daten zur Abbildung

© Sachverständigenrat | 18-356

Besuche jährlich anfallen, sind es in Skandinavien und der Schweiz weniger als halb so viele. ↘ ABBILDUNG 103 RECHTS

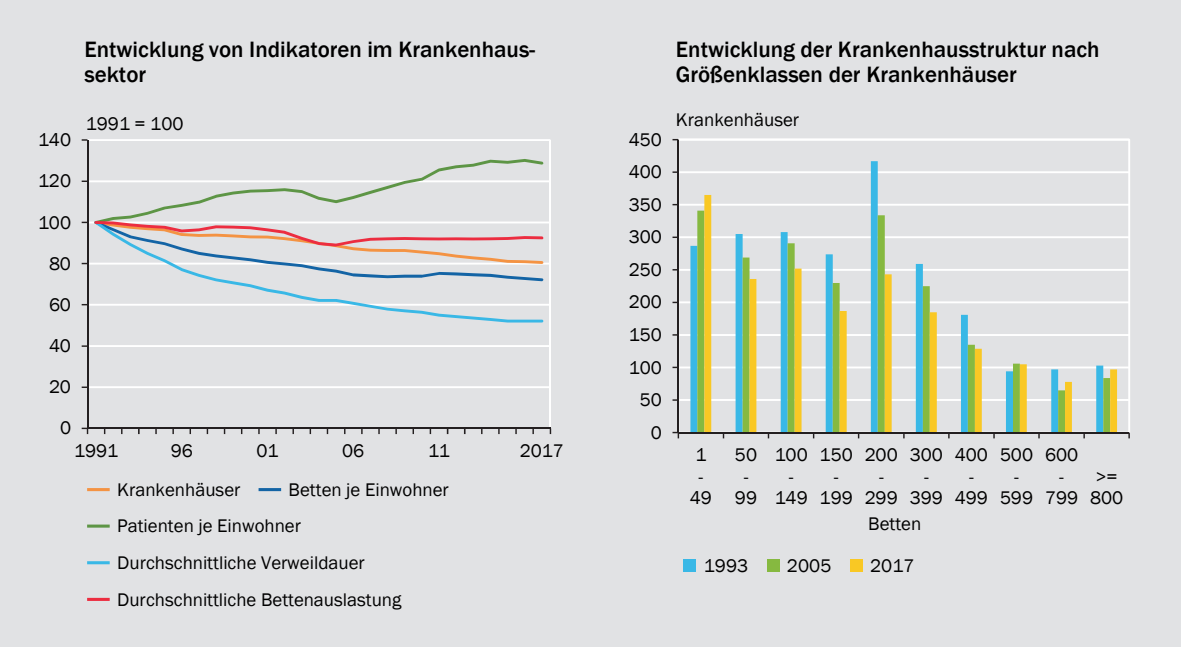
803. Allerdings wurden die hohen Kapazitäten in den vergangenen Jahren **zum Teil abgebaut**. Im Vergleich zum Jahr 1991 hat sich die Anzahl der Betten je Einwohner um fast 30 % verringert, und die Anzahl der Krankenhäuser wurde reduziert. ↘ ABBILDUNG 104 LINKS Dabei kam es zu einer Polarisierung bei der Größe der Krankenhäuser: Während zwischen den Jahren 2005 und 2017 die Anzahl der mittelgroßen Krankenhäuser (50 bis 600 Betten) zurückgegangen ist, ist sie für kleine Krankenhäuser (weniger als 50 Betten) und für große Krankenhäuser (mehr als 600 Betten) gestiegen. ↘ ABBILDUNG 104 RECHTS

804. Die **wachsende Anzahl an stationären Fällen** ist nicht zuletzt auf die durch die Umstellung des Vergütungssystems geänderte Anreizstruktur zurückzuführen (Schreyögg et al., 2014) und ist nicht allein medizinisch zu begründen (Busse et al., 2016). ↘ ZIFFER 845 Diese Entwicklung ging mit einer deutlichen **Reduzierung der durchschnittlichen Verweildauer** im Krankenhaus einher. ↘ ABBILDUNG 104 LINKS

805. Die Kapazitätsindikatoren nehmen dennoch europäische Spitzenplätze ein. Offenbar bestehen im Krankenhaussektor somit weiterhin Überkapazitäten. Zudem deuten Studien auf eine **Überversorgung** in manchen Teilen des Gesundheitssystems hin, wenngleich es schwer ist, sauber zwischen einem ausgewiesenen Qualitätsmerkmal und ineffizienten Strukturen zu unterscheiden. Bei sieben von 15 von Kumar und Schoenstein (2013) untersuchten ärztlichen Behandlungsarten lag die Fallzahl je Einwohner in Deutschland am höchsten oder zweithöchsten im OECD-Ländervergleich. Auffällig häufig wurden dabei orthopädische Eingriffe wie der Einsatz von künstlichen Hüft- oder Kniegelenken

↘ ABBILDUNG 104

Entwicklungen im Krankenhaussektor in Deutschland



Quelle: Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Statistisches Bundesamt, eigene Berechnungen

© Sachverständigenrat | 18-299

Daten zur Abbildung

durchgeführt. Bei keiner dieser 15 Behandlungsarten lag Deutschland unter dem OECD-Durchschnitt. ↘ ABBILDUNG 105 OBEN LINKS

806. Ein weiteres Indiz dafür, dass in Deutschland möglicherweise zu viel operiert wird, ist die deutliche **regionale Diskrepanz** bei der Anzahl durchgeführter Operationen. So wurden im Jahr 2014 beispielsweise in einigen Kreisen in Hessen über 500 und in einigen Teilen von Sachsen weniger als 100 Bandscheiben-Operationen je 100 000 Einwohner durchgeführt (Zich und Tisch, 2018). Auf eine bestehende Überversorgung in Teilen des Gesundheitssystems deuten zudem Befragungen unter Chefärzten hin. So äußern knapp 40 % der rund 1 400 befragten Chefärzte, dass die wirtschaftlichen Rahmenbedingungen in ihrem jeweiligen Fachgebiet zu **überhöhten Eingriffszahlen** führen. Im Fachbereich der Kardiologie lag der Anteil sogar bei über 60 % (Reifferscheid et al., 2015).

807. Der **Ausstattungsgrad von Krankenhäusern** unterscheidet sich deutlich. Im Jahr 2016 verfügten 19 % der Plankrankenhäuser über keine Intensivbetten, und 34 % hatten keinen eigenen Computertomografen (Wissenschaftlicher Beirat beim BMF, 2018). Immerhin verfügten 40 % aller befragten Kliniken mit Herzinfarktfällen im Jahr 2014 nicht über ein Herzkatheterlabor. Fast jeder zehnte Herzinfarkt wurde jedoch in solchen Kliniken behandelt (Mansky et al., 2017). In rund jeder vierten Klinik mit Herzinfarktfällen wurden dabei weniger als 34 Herzinfarkte pro Jahr behandelt. Weniger als 20 % dieser Kliniken verfügten dabei über ein Herzkatheterlabor (Mansky et al., 2017).

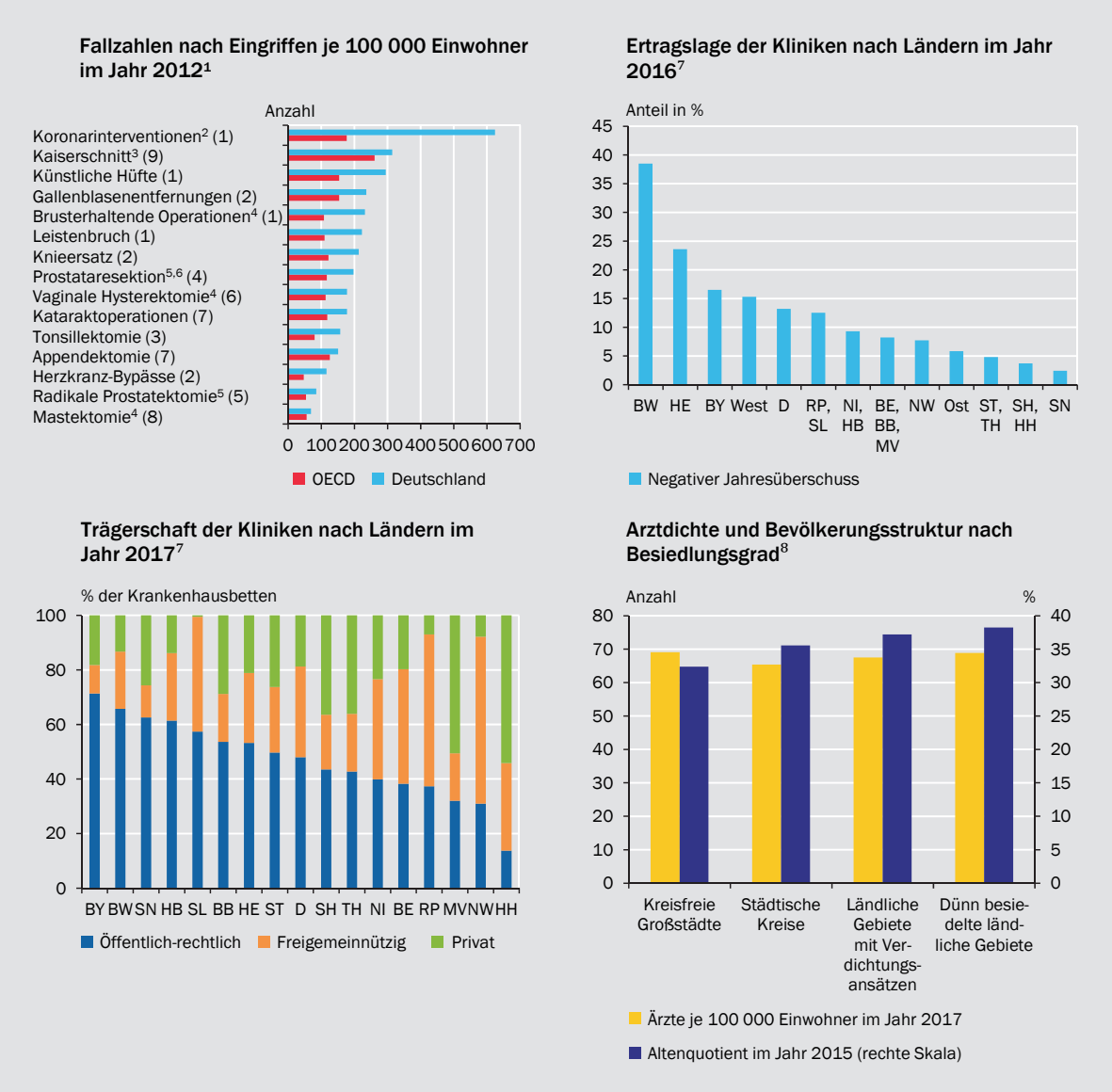
808. Dies sind nur einige Indizien dafür, dass es in Deutschland **viele kleine und wenig spezialisierte Krankenhäuser** gibt. Für viele Krankenhäuser dürfte die Vorhaltung der Möglichkeiten für eine hochspezialisierte Versorgung kaum wirtschaftlich sein. Internationale Studien legen nahe, dass sich im Regelfall

Krankenhäuser mit weniger als 200 Betten nicht kosteneffizient betreiben lassen (Kristensen et al., 2008; Giancotti et al., 2017).

In Deutschland wies im Jahr 2016 mehr als **jedes achte Krankenhaus Verluste** in seinem Jahresergebnis aus. Auffällig ist dabei, dass die wirtschaftliche Lage der Krankenhäuser in vergleichsweise wirtschaftsstarken Ländern wie Baden-Württemberg besonders schlecht war. ↘ ABBILDUNG 105 OBEN RECHTS Gleichzeitig ist in diesen Ländern der Anteil der öffentlich-rechtlichen Krankenhäuser relativ hoch (Augurzky et al., 2018). ↘ ABBILDUNG 105 UNTEN LINKS Finanziell besser ausgestattete Landkreise und Kommunen scheinen offenbar tendenziell eher bereit zu sein, die Verluste ihrer Kliniken auszugleichen.

↘ ABBILDUNG 105

Regionale Indikatoren im Gesundheitssektor



1 – Zahlen in Klammern: Rang im OECD-Ranking mit 34 Ländern. 2 – Perkutaner Art. 3 – Je 1 000 Lebendgeburten. 4 – Je 100 000 Frauen. 5 – Je 100 000 Männer. 6 – Transurethraler Art. 7 – BW-Baden-Württemberg, HE-Hessen, BY-Bayern, West-Früheres Bundesgebiet ohne Berlin, D-Gesamtdeutschland, RP-Rheinland-Pfalz, SL-Saarland, NI-Niedersachsen, HB-Bremen, BE-Berlin, BB-Brandenburg, MV-Mecklenburg-Vorpommern, NW-Nordrhein-Westfalen, Ost-Neue Länder, ST-Sachsen-Anhalt, TH-Thüringen, SH-Schleswig-Holstein, HH-Hamburg, SN-Sachsen. 8 – Gemäß der Definition von siedlungsstrukturellen Kreistypen des Bundesinstituts für Bau-, Stadt- und Raumforschung.

Quellen: Augurzky et al. (2018), BA, KBV, Kumar und Schoenstein (2013), OECD, Statistisches Bundesamt

© Sachverständigenrat | 18-358

Daten zur Abbildung

809. Unzweckmäßige Mittelverwendung beschränkt sich nicht nur auf eine Überversorgung, sondern betrifft auch Fälle möglicher Unter- oder Fehlversorgung. Moral Hazard stellt ein klassisches Beispiel der **Fehlversorgung** dar, wenn Patienten unnötigerweise Leistungen in Anspruch nehmen und Kapazitäten binden, die anderweitig besser eingesetzt wären. Zudem kann eine Fehlversorgung durch schlecht informierte Patienten ausgelöst werden, wenn sie beispielsweise ohne akuten Notfall Notfallambulanzen aufsuchen und so anderweitig benötigte Ressourcen in Beschlag nehmen. Weitere Beispiele für Fehlversorgung sind lange Wartezeiten und unnötige Mehrfachuntersuchungen. Die Digitalisierung des Gesundheitswesens könnte helfen, solche Ineffizienzen in Zukunft zu verringern. ↘ ZIFFERN 894 FF.

810. Selbst in einem in Teilen überversorgten Gesundheitssystem kann lokal oder in bestimmten Fachrichtungen gleichzeitig eine **Unterversorgung** der Bevölkerung vorliegen. Diese ist laut dem Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR Gesundheit, 2014, 2018) bislang jedoch nur in Ausnahmefällen festzustellen. In den kommenden Jahren könnte die Unterversorgung jedoch zunehmen, falls der Fachkräftemangel sich im Gesundheitswesen weiter zuspitzen sollte. Insbesondere im ländlichen Raum könnten die demografischen Entwicklungen das System der Gesundheitsversorgung vor ernsthafte Probleme stellen, nicht zuletzt da dieser tendenziell eine ältere Bevölkerungsstruktur aufweist. ↘ ABBILDUNG 105 UNTEN RECHTS Umso wichtiger wird es in den kommenden Jahren sein, einer drohenden medizinischen Unterversorgung mit geeigneten Maßnahmen zuvorzukommen. ↘ ZIFFERN 874 FF.

3. Zuspitzung der Fachkräfteengpässe

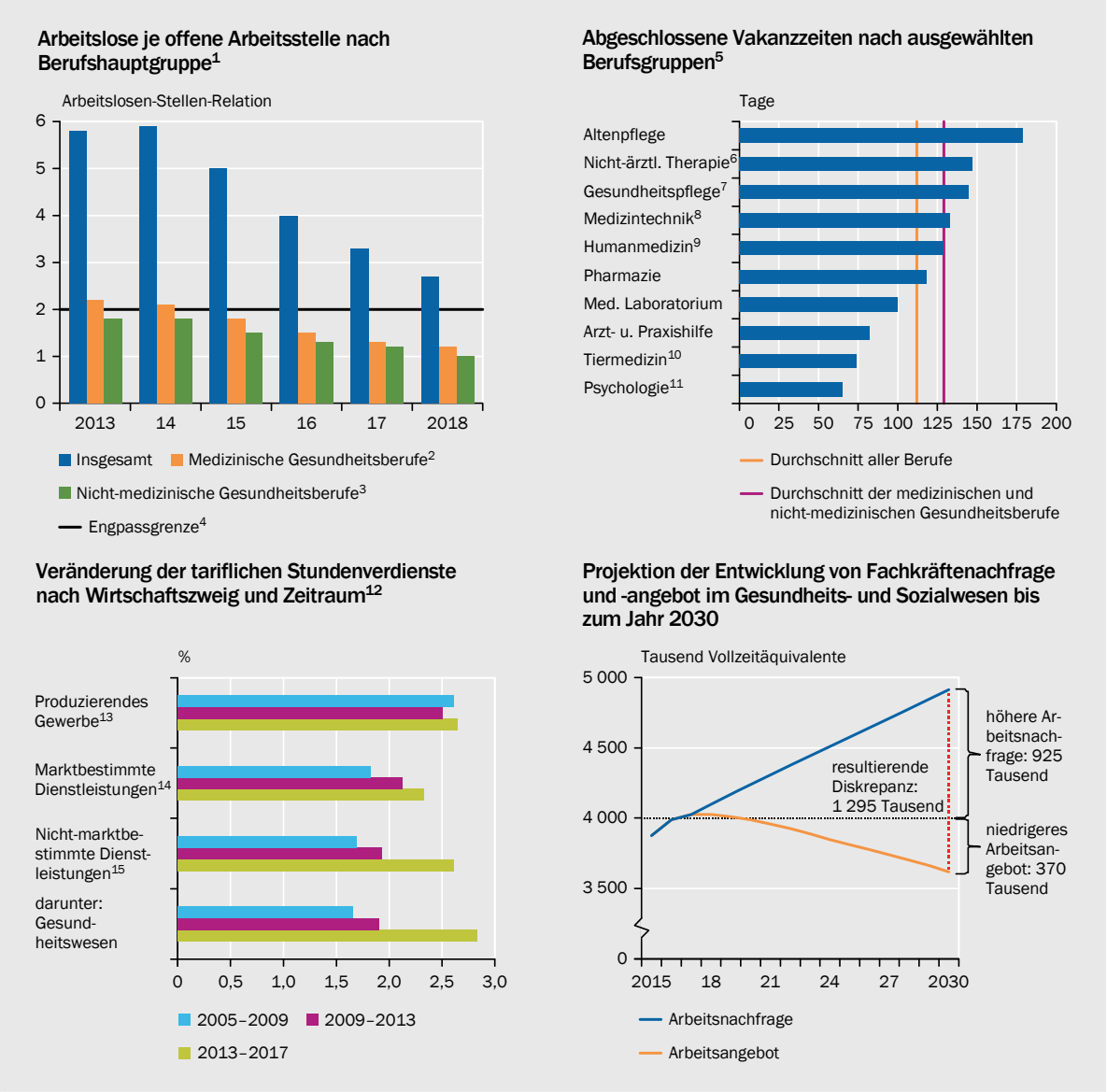
811. Der **anhaltend hohe Fachkräftebedarf** stellt das Gesundheitssystem vor eine große strukturelle Herausforderung. Zwar zeigt der deutliche Beschäftigungsanstieg um knapp 90 % zwischen den Jahren 1991 und 2017, dass es dem Gesundheits- und Sozialwesen bislang gut gelungen ist, Fachkräfte anzuziehen. Doch die bereits stark gestiegene Anzahl an Beschäftigten im Gesundheitsbereich reicht schon heute kaum aus, um die Nachfrage nach Fachkräften zu decken.

812. In den vergangenen Jahren hat sich das **Arbeitslosen-Stellen-Verhältnis** in den Gesundheitsberufen **verringert**. So kamen im Jahr 2018 auf eine freie Arbeitsstelle in medizinischen (nicht-medizinischen) Gesundheitsberufen lediglich 1,2 (1,0) Arbeitslose. Damit lagen die Kennzahlen deutlich unter dem Bundesdurchschnitt von 2,7 und unter der Grenze von 2 Arbeitslosen je offener Arbeitsstelle, ab der die Bundesagentur für Arbeit (BA) von einem Engpassberuf spricht. ↘ ABBILDUNG 106 OBEN LINKS Besonders ausgeprägt ist der Fachkräftemangel in Bayern, Baden-Württemberg und Rheinland-Pfalz, den Ländern mit den ohnehin niedrigsten Arbeitslosenquoten. Dort stehen in den medizinischen und nicht-medizinischen Gesundheitsberufen schon heute jeweils mehr offene Arbeitsstellen zur Verfügung, als Arbeitslose in dem Berufsbereich registriert sind (BA, 2018a).

813. Immerhin acht der 24 von der BA im Juni 2018 geführten Berufsgruppen mit **bundesweiten Fachkräfteengpässen** sind dem Gesundheitssektor zuzuordnen (BA, 2018b). Diese Engpassberufe schließen Berufe mit hoher Qualifikationsanforderung wie Ärzte, Fachärzte und Pharmazeuten ebenso mit ein wie solche mit mittlerem (beispielsweise Berufe in der Physiotherapie oder in der Orthopädie- und Rehatechnik) und niedrigem Anforderungsniveau (etwa Berufe in der Altenpflege). Entsprechend sind die Vakanzzeiten, welche die Zeitspanne vom gewünschten Besetzungstermin bis zur Abmeldung oder Besetzung der Arbeitsstelle messen, in diesen Berufsgruppen mit bis zu 179 Tagen, wie in der Al-

↘ ABBILDUNG 106

Entwicklungen auf dem Arbeitsmarkt im Gesundheitswesen in Deutschland



1 – Jeweils Mai des Vorjahres bis April. Das Anforderungsniveau "Helfer" wird nicht berücksichtigt. 2 – Darunter fallen Arzt- und Praxishilfe, medizinisches Laboratorium, Gesundheits- und Krankenpflege, Rettungsdienst und Geburtshilfe, Human- und Zahnmedizin, Tiermedizin und -heilkunde, Psychologie und nicht-ärztliche Psychotherapie, nicht-ärztliche Therapie und Heilkunde, Pharmazie. 3 – Darunter fallen Altenpflege, Ernährungs-, Gesundheitsberatung, Wellness, Körperpflege, Bestattungswesen, Medizin-, Orthopädie- und Rehatechnik. 4 – Gemäß Definition der Bundesagentur für Arbeit (BA). 5 – Gleitende Jahresergebnisse von Oktober 2017 bis September 2018. 6 – Einschließlich Heilkunde. 7 – Einschließlich Krankenpflege, Rettungsdienste und Geburtshilfe. 8 – Einschließlich Orthopädie- und Rehatechnik. 9 – Einschließlich Zahnmedizin. 10 – Einschließlich Tierheilkunde. 11 – Einschließlich nicht-ärztlicher Psychotherapie. 12 – Jährliche durchschnittliche Veränderung. Ohne Sonderzahlungen. Klassifikation der Wirtschaftszweige, Ausgabe 2008 (WZ 2008). 13 – Wirtschaftszweige B bis F. 14 – Wirtschaftszweige G bis N. 15 – Wirtschaftszweige O bis S.

Quellen: Augurzky und Kolodziej (2018), BA, Statistisches Bundesamt, eigene Berechnungen

© Sachverständigenrat | 18-173

Daten zur Abbildung

tenpflege, teilweise deutlich höher als der Bundesdurchschnitt von 112 Tagen. ↘ ABBILDUNG 106 OBEN RECHTS

814. Die wachsende Knappheit an Arbeitskräften zeigt sich zunehmend in **steigenden tariflichen Stundenverdiensten**. Während die Verdiensterhöhungen im Gesundheitswesen in den Jahren 2005 bis 2013 im Vergleich zum Produzierenden Gewerbe und anderen Dienstleistungssektoren schwach ausfielen, verzeichnete das Gesundheitswesen in den Jahren 2013 bis 2017 mit jährlich durchschnittlich 2,8 % so hohe Zuwächse wie kaum ein anderer Wirtschaftszweig. ↘ ABBILDUNG 106 UNTEN LINKS Insbesondere seit dem Jahr 2016 waren die Erhöhungen im sektoralen Vergleich weit überdurchschnittlich (Augurzky und Kolodziej, 2018). Wenngleich laut Statistischem Bundesamt (2016) im Jahr 2014 lediglich rund 48 % der Arbeitnehmer im Gesundheitswesen in tarifgebundenen Betrieben beschäftigt waren, deutet dieser Befund auf eine gestiegene Lohndynamik hin.

Der Mindestlohn für die Pflegebranche, der zum 1. August 2010 eingeführt wurde, liegt gegenwärtig bei 10,55 Euro in West- und bei 10,05 Euro in Ostdeutschland. Entsprechend lag bereits vor der Einführung des allgemeinen Mindestlohns der Anteil von Betrieben im Gesundheits- und Sozialwesen im Jahr 2014 mit einem Stundenlohn unter 8,50 Euro bei lediglich 8 % (Mindestlohnkommission, 2016).

815. Weitere Lohnsteigerungen könnten dem künftigen Mangel an Fachkräften entgegenwirken. Doch selbst bei steigenden Löhnen dürften sich die **Fachkräfteengpässe** in den kommenden Jahren aus zwei Gründen **weiter verschärfen**. Erstens dürfte die erwerbstätige Bevölkerung im kommenden Jahrzehnt aufgrund des Renteneintritts der geburtenstarken Jahrgänge spürbar zurückgehen, was sich in einem sinkenden Anteil der erwerbsfähigen Bevölkerung an der Gesamtbevölkerung widerspiegeln wird. ↘ ABBILDUNG 101 LINKS Zweitens steigt der Bedarf an Gesundheitsleistungen mit dem Alter. Eine alternde Gesellschaft dürfte mehr Gesundheitsleistungen nachfragen – und damit eine stärkere Nachfrage nach entsprechenden Fachkräften auslösen.

816. Die Berufsgruppe der Altenpflege, der von der BA schon heute flächendeckend in allen Ländern ein Fachkräftemangel attestiert wird, dürfte weitere zusätzliche Nachfrageimpulse erhalten. So dürfte es aufgrund des demografischen Wandels voraussichtlich weniger pflegende Angehörige geben. Weitere Faktoren, etwa veränderte Partnerschaftsformen, die zunehmende Erwerbstätigkeit von Frauen sowie längere Lebensarbeitszeiten und größere Wohnentfernungen zwischen den pflegebedürftigen Eltern und ihren erwachsenen Kindern könnten Pflegeleistungen stärker in den Bereich der professionellen Pflege verlagern und damit den **Bedarf an professionellen Pflegekräften** weiter erhöhen (RKI, 2015).

817. Speziell in der **Altenpflege** dürfte ein wichtiger Grund für den ausgeprägten Fachkräftemangel die **vergleichsweise niedrige Bezahlung** sein. So bleibt die Vergütung von Altenpflegekräften zurzeit deutlich hinter derjenigen von Krankenpflegekräften zurück. Bei Vollzeitbeschäftigten mit dem Anforderungsniveau Helfer oder Fachkraft betrug die Differenz der Brutto-Monatsverdienste

↘ TABELLE 26

Brutto-Monatsverdienste von sozialversicherungspflichtig Vollzeitbeschäftigten in der Kranken- und Altenpflege nach Anforderungsniveau im Jahr 2017

Anforderungs-niveau	Berufsgattung	Vollzeit-beschäftigte	Monatsver-dienst in Euro	Differenz in Euro
Helfer[1]	Altenpflege (ohne Spezialisierung)	64 105	1 944	
	Gesundheits- und Krankenpflege (ohne Spezialisierung)	54 632	2 502	558
Fachkraft[2]	Altenpflege (ohne Spezialisierung)	120 372	2 744	
	Gesundheits- und Krankenpflege (ohne Spezialisierung)	302 732	3 337	593
Spezialist[3]	Altenpflege (sonstige spezifische Tätigkeitsangabe)	1 288	2 920	
	Fachkrankenpflege	37 650	3 740	820

1 – Helfer-/Anlerntätigkeiten. 2 – Fachlich ausgerichtete Tätigkeiten. 3 – Komplexe Spezialistentätigkeiten.

Quelle: BA

Daten zur Tabelle

© Sachverständigenrat | 18-354

zwischen der Kranken- und der Altenpflege im Jahr 2017 knapp 600 Euro, Spezialisten in der Krankenpflege verdienen monatlich über 800 Euro brutto mehr als Spezialisten in der Altenpflege. ↘ TABELLE 26 Problematisch wird diese Vergütungsdifferenz, wenn die Altenpflegebranche dadurch Personal an den Krankenhaussektor verliert. Die vergleichsweise hohe Nachfrage nach Pflegekräften in der Altenpflege dürfte allerdings zu einem relativ hohen Lohnwachstum beitragen.

818. Gemessen an den Vorgaben der derzeitigen Bedarfsplanung erscheint die **Versorgung mit niedergelassenen Ärzten** und Psychotherapeuten in Deutschland sehr gut (SVR Gesundheit, 2018). Anhand der Arztdichte nach Besiedlungsgrad ist eine Unterversorgung im ländlichen Raum bislang nicht erkennbar. ↘ ABBILDUNG 105 UNTEN RECHTS Entsprechend erscheint die Sorge über einen Ärztemangel derzeit überzogen. Allerdings gibt es markante regionale Unterschiede zwischen den Ländern. So ist der ambulante Sektor in Baden-Württemberg bundesweit am stärksten ausgebaut, während die ostdeutschen Länder relativ schwach abgedeckt sind (Augurzky und Kolodziej, 2018). Dies scheint aber nicht zuletzt eine Anpassung an die Nachfrage zu sein, da Patienten weitgehend zwischen ambulanter und stationärer Versorgung wählen können. Alarmistische Meldungen wie diejenige der Bundesärztekammer, dass in den nächsten fünf Jahren knapp 25 % der zurzeit niedergelassenen Ärzte ausscheiden, dürften nicht zuletzt den Rückgang der Nachfrage in manchen Regionen widerspiegeln.

819. Zur Abschätzung der **Größenordnung des Fachkräftebedarfs** im Gesundheitswesen im Jahr 2030 hat der Sachverständigenrat eine Expertise in Auftrag gegeben (Augurzky und Kolodziej, 2018). Das zugrundeliegende Projektionsmodell stellt die zukünftige Angebots- und Nachfragesituation auf dem Arbeitsmarkt des Gesundheits- und Sozialwesens in stilisierter Form dar, um daraus für durch unterschiedliche politische Weichenstellungen gebildete Szenarien jeweils eine Diskrepanz zwischen der für das Jahr 2030 projizierten Nachfrage nach und dem Angebot an Fachkräften abzuleiten.

820. Unter der Annahme, dass die Fachkräfteentwicklung ab dem Ausgangsjahr 2016 im Wesentlichen von der Bevölkerungsentwicklung bestimmt wird und dass keine spezifischen Politikmaßnahmen ergriffen werden, steigt diese **Diskre-**

panz bei den Fachkräften bis zum Jahr 2030 gemessen in Vollzeitäquivalenten auf rund **1,3 Millionen Personen**. Im Jahr 2030 dürften diesem Szenario zufolge demografiebedingt rund 930 000 Vollzeitäquivalente mehr nachgefragt und rund 370 000 Arbeitskräfte weniger zur Verfügung stehen als im Jahr 2016 (Augurzky und Kolodziej, 2018). ↘ ABBILDUNG 106 UNTEN RECHTS

Mit gezielten Weichenstellungen könnten diese drohende Zunahme der Fachkräfteengpässe und die damit verbundene **Unterversorgung** zumindest vermindert werden. Dazu zählen Maßnahmen, welche die Nachfrage nach Gesundheitsleistungen reduzieren und das inländische Arbeitskräftepotenzial im Gesundheitswesen weiter erhöhen sowie die Anwerbung ausländischer Fachkräfte. ↘ ZIFFERN 879 FF.

III. FINANZIERUNG SICHERN, ÜBERKAPAZITÄTEN ABBAUEN

821. Die Entwicklung der Ausgaben der GKV verlief seit dem Jahr 2011 in etwa im Gleichschritt zu den in früheren Jahren vom Sachverständigenrat geschätzten Prognosen (zuletzt JG 2012). Die Einnahmeseite hat sich in den vergangenen Jahren hingegen deutlich besser entwickelt, als dies vom Sachverständigenrat prognostiziert worden war. Dazu trägt der schon viele Jahre währende konjunkturelle Aufschwung mit Rekordbeschäftigung ebenso bei wie **strukturelle Verbesserungen**, wie beispielsweise die strukturell gesunkene Arbeitslosenquote (JG 2017 Kasten 5). ↘ ZIFFER 336 Sollte sich die wirtschaftliche Dynamik in den kommenden Jahren abschwächen, dürften die hohen Zuwachsraten auf der Einnahmeseite der GKV nur schwer zu halten sein.

Die Ausgaben dürften hingegen insbesondere bedingt durch die demografischen Entwicklungen in der Zukunft stärker als die Einnahmen ansteigen. Auf staatlicher Seite sind zur Sicherung der nachhaltigen Finanzierung des Krankenversicherungssystems daher **einnahmesichernde und ausgabendämpfende Maßnahmen** zu ergreifen. Im Hinblick auf die Einnahmen steht dabei vor allem im Vordergrund, ob die Krankenversicherungsbeiträge einkommensabhängig oder einkommensunabhängig erhoben werden sollten.

822. Um die Ausgaben zu dämpfen, gilt es nicht zuletzt, die verfügbaren Mittel im Gesundheitssystem möglichst effizient einzusetzen. Vor allem sollte das Prinzip des Wettbewerbs stärker zum Zuge kommen. Bestehende **Überkapazitäten** sollten weiter reduziert werden, etwa indem die Anzahl kleiner Krankenhäuser weiter verringert wird. Die Krankenhausfinanzierung sollte von einer dualen auf eine monistische Finanzierung umgestellt werden, bei der die Investitionskosten nicht wie bislang von den Ländern, sondern von den Krankenhäusern selbst getragen würden. Darüber hinaus sollte die weitgehende Trennung zwischen ambulantem und stationärem Sektor abgebaut und so die sektorenübergreifende Versorgung verbessert werden.

1. Einnahmesichernde Maßnahmen

823. Die Ausgaben in der GKV dürften in den kommenden Jahrzehnten deutlich steigen und mit den GKV-Einnahmen auf längere Sicht kaum zu decken sein (JG 2012 Ziffern 599 ff.). Eine Möglichkeit zur **Finanzierung der steigenden Ausgaben** im Krankenversicherungssystem bestünde darin, den Beitragssatz zur Krankenversicherung schritthaltend zu erhöhen. Dies würde jedoch den Abgabenkeil vergrößern, also die Differenz zwischen Bruttoarbeitsentgelt und Nettoverdienst. Dadurch dürften die Arbeitsanreize sinken. Ebenso wäre es denkbar, den Bundeszuschuss zu erhöhen. Dies würde ebenfalls eine höhere Abgabenbelastung erfordern, mit entsprechenden Effizienzverlusten.

824. Vor diesem Hintergrund bekräftigt der Sachverständigenrat seine Einschätzung, dass das **Konzept der Bürgerpauschale** ein geeignetes Instrument ist, um die Einnahmen der GKV dauerhaft zu sichern. Dieses Konzept wurde in der ersten Hälfte der 2000er-Jahre unter anderem von der Rürup-Kommission, der Bertelsmann-Stiftung (Leinert et al., 2004) und dem Sachverständigenrat diskutiert (zuletzt ausführlich in JG 2012 Ziffern 598 ff., zuerst JG 2004 Ziffern 511 ff.). Die Einführung der **Zusatzbeiträge** war ein erster Schritt in diese Richtung, allerdings werden sie mittlerweile nicht mehr in Absolutbeträgen, sondern weit weniger zielführend abhängig vom Einkommen erhoben. ↘ ZIFFERN 830 FF. Die beschlossene Rückkehr zur Parität der Krankenversicherungsbeiträge zum 1. Januar 2019 zielt mit Blick auf das Konzept der Bürgerpauschale in die falsche Richtung.

Bürgerpauschale als Zielvorstellung

825. Kern der Bürgerpauschale ist eine **einkommensunabhängige Beitragsbemessung**. Diese beruht nicht mehr wie bislang auf einkommensabhängigen Beiträgen von Arbeitgebern und Arbeitnehmern. Vielmehr soll im vollständig umgestellten System neben einem festgeschriebenen Arbeitgeberbeitrag der Arbeitnehmerbeitrag einkommensunabhängig gezahlt werden. Die Höhe dieser Beiträge wäre dabei für jede Krankenkasse unterschiedlich. Sie würde sich nach den durchschnittlichen Gesundheitskosten je Versicherten der jeweiligen Kasse bemessen. Die Beiträge würden jedoch nicht nach individuellen Krankheitsrisiken, Alter oder Geschlecht differenzieren. Der Übergang zu einkommensunabhängigen Arbeitnehmerbeiträgen könnte schrittweise vollzogen werden (JG 2012 Ziffern 611 ff.).

826. In diesem Krankenversicherungssystem wäre die **gesamte Wohnbevölkerung versicherungspflichtig**. Für alle Krankenversicherungen, die eine Basisabsicherung im Sinne der Bürgerpauschale anbieten, bestünde dabei ein Kontrahierungszwang, also die gesetzliche Verpflichtung zum Abschluss eines Vertrags. Dieser Regelung müsste allerdings ein **umfassender morbiditätsorientierter Risikostrukturausgleich** zwischen allen auf dem Markt für die Basisabsicherung tätigen Krankenversicherungen an die Seite gestellt werden, um einen unverzerrten Wettbewerb zwischen den Anbietern zu gewährleisten. Dass dies kein einfaches Unterfangen ist, zeigen die Diskussionen über den be-

stehenden Risikostrukturausgleich, der die Funktionsfähigkeit des Preiswettbewerbs durch risikoselektionsbedingte Verzerrungen offenbar nach wie vor nicht sicherstellen kann. ↘ KASTEN 23

827. Für Personen mit geringeren Einkommen ist im Rahmen der Bürgerpauschale ein **versicherungsexterner sozialer Ausgleich** vorgesehen. Er würde gewährt, wenn die Krankenversicherungspauschale einen bestimmten Prozentsatz des gesamten Haushaltseinkommens überschreitet. Die Beiträge für Kinder ebenso wie die für den sozialen Ausgleich erforderlichen Zuschüsse würden aus Steuermitteln finanziert. Laut Berechnungen des Sachverständigenrates dürfte der Anteil des Sozialausgleichs an den gesamten Einnahmen der GKV bis zum Jahr 2060 bei einer stufenweisen Umsetzung des einkommensunabhängigen (Zusatz-)Beitrags rund 20 % betragen (JG 2012 Ziffern 611 ff.).

Die Bürgerpauschale könnte sowohl von den gesetzlichen als auch von den privaten Krankenkassen angeboten werden. Beide stünden somit auf einem **einheitlichen Versicherungsmarkt** miteinander im Wettbewerb. Dies dürfte dazu führen, dass es hinsichtlich dieses Versicherungsprodukts zu einer Angleichung von Privater und Gesetzlicher Krankenversicherung kommt.

828. Bei einer stufenweisen Umsetzung des einkommensunabhängigen (Zusatz-)Beitrags würde sich laut Berechnungen des Sachverständigenrates aus dem Jahr 2012 der durchschnittliche monatliche einkommensunabhängige Beitrag eines Arbeitnehmers (in konstanten Preisen) von 260 Euro im Jahr 2016 auf 365 Euro im Jahr 2040 und auf 505 Euro im Jahr 2060 erhöhen (JG 2012 Ziffer 614), die Beiträge würden aber zwischen den Versicherungen differieren. Ein einkommensunabhängiger Arbeitnehmerbeitrag würde somit deutliche Preissignale aussenden. Die Umstellung des Krankenversicherungssystems hin zu einer Bürgerpauschale dürfte daher den **Wettbewerb zwischen Krankenkassen** erheblich intensivieren und so zur Ausgabendämpfung beitragen.

829. Im Zuge dessen könnte sich die Anzahl der gesetzlichen Krankenkassen weiter verringern. Schon in den vergangenen Jahrzehnten hat es nicht zuletzt durch die Erweiterung der Kassenwahlfreiheit für Versicherte in den 1990er-Jahren eine Vielzahl von Fusionen und Schließungen auf dem Markt der gesetzlichen Krankenkassen gegeben, wodurch deren Anzahl von über 1 100 Krankenkassen im Jahr 1990 auf 110 im Jahr 2018 sank (GKV-Spitzenverband, 2018b). Dass in diesem Zeitraum **Markteintritte ausgeblieben** sind, dürfte nicht zuletzt auf gesetzliche Vorgaben zurückzuführen sein, die laut Monopolkommission (2017) übermäßig restriktiv sind. In der Privaten Krankenversicherung ist es in den vergangenen Jahren weder zu einer hohen Anzahl an Zusammenschlüssen noch zu Markteintritten gekommen.

↘ KASTEN 23

Preiswettbewerbliche Potenziale auf dem Krankenversicherungsmarkt

In einem solidarischen Krankenversicherungssystem mit freier Kassenwahl für die Versicherten, risikounabhängigen Beiträgen und gleichzeitigem Kontrahierungszwang der Krankenkassen gilt es, die Beitragseinnahmen der **GKV** derart zu verteilen, dass ein Effizienzwettbewerb zwischen Krankenkassen möglich wird. Ein zentrales Element ist hierbei der **Risikostrukturausgleich** (RSA), der bei den Zuweisungen an die Krankenkassen aus dem Gesundheitsfonds die hinsichtlich ihrer Krankheitsrisiken ungleiche Versichertenstruktur der Kassen berücksichtigt. Seit dem Jahr 2009 spielen neben den Merkmalen Alter, Geschlecht, Bezug einer Erwerbsminderungsrente und Anspruch auf Krankengeld die Anzahl der Versicherten mit einer kostenintensiven chronischen oder schwerwiegenden Krankheit eine Rolle bei der Ermittlung des RSA.

Dieser im Vergleich zur vorherigen nicht-morbiditätsorientierten Regelung zielgenauere morbiditätsorientierte RSA kann **risikoselektionsbedingte Wettbewerbsverzerrungen** jedoch weiterhin nicht vollständig verhindern. So bestehen für Kassen keine Anreize, in präventive Versorgung zu investieren. Denn es werden auch solche Morbiditätsunterschiede vergütet, die dadurch entstehen, dass sich die Morbidität von Bestandsversicherten verschlechtert hat (Monopolkommission, 2017). Zudem finden sich anscheinend Indizien für manipulative Aktivitäten der Krankenkassen hinsichtlich der Höhe der Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds (Wissenschaftlicher Beirat RSA, 2017).

Darüber hinaus zeichnet sich seit dem Jahr 2009 eine Tendenz zu einer **sich selbst verstärkenden Risikoentmischung** von Versichertenbeständen ab (Albrecht, 2018). Zwar findet der Wissenschaftliche Beirat RSA (2017) keinen merklichen Zusammenhang zwischen der vom RSA gemessenen Morbiditätslast und den Deckungsquoten der Krankenkassen. Allerdings weisen Krankenkassen mit im Zeitverlauf zunehmender Morbidität der Versicherten tendenziell eine leichte Unterdeckung auf, Krankenkassen mit abnehmender Morbidität hingegen eine leichte Überdeckung. Gleichzeitig weisen Krankenkassen mit einem Versichertenwachstum eher Überdeckungen auf, schrumpfende Krankenkassen eher eine Unterdeckung (Wissenschaftlicher Beirat RSA, 2017).

Aufgrund regional unterschiedlicher Ausgabenniveaus kommt es zudem zu systematischen Unterdeckungen in ausgabenintensiven Regionen und Überdeckungen in ausgabengünstigen Gebieten (Monopolkommission, 2017). Als Weiterentwicklung des RSA wird daher die **Einführung eines Regionalfaktors** diskutiert (Monopolkommission, 2017; Wissenschaftlicher Beirat RSA, 2017). Dieser könnte zwar die Anreize der Krankenkassen zur regionalen Risikoselektion erhöhen. Allerdings sind die gegenwärtigen Deckungsunterschiede nur zu einem kleineren Teil auf die Finanzwirkungen der regionalen Verteilung der Versicherten zurückzuführen (Wissenschaftlicher Beirat RSA, 2018). Ein Regionalfaktor könnte die Anreize mindern, durch Selektivverträge mit regionalen Leistungsanbietern die Kosteneffizienz zu erhöhen (Albrecht, 2018).

Durch das Nebeneinander von Regionalkassen und bundesweiten Krankenkassen bestehen schon gegenwärtig Wettbewerbsverzerrungen, weil Regionalkassen in kostengünstigeren Regionen dauerhaft Beitragsvorteile halten können. Für sie ist im Gegensatz zu bundesweit geöffneten Krankenkassen kein unmittelbarer interner Ausgleich mit teureren Regionen erforderlich. Eine wettbewerbskonforme Alternative zu einem Regionalfaktor im RSA wäre daher die **bundesweite Öffnung aller Krankenkassen**, im Verbund mit einer **einheitlichen Aufsicht** der gesetzlichen Krankenkassen (Albrecht 2018). Bislang obliegt dem Bundesversicherungsamt lediglich die Aufsicht über die bundesweit tätigen Krankenkassen, während die Landesaufsichtsbehörden die regional tätigen Kassen beaufsichtigen. Daraus resultieren derzeit Wettbewerbsverzerrungen, da die Aufsichtsbehörden unterschiedliche Freiräume in Bezug auf bestimmte satzungsmäßige Leistungen einräumen.

Das System der **Privaten Krankenversicherung** ist grundsätzlich anders ausgestaltet als das der GKV. Weder unterliegt die PKV einem Kontrahierungszwang, noch gelten für Versicherte risikounab-

hängige Beiträge. Zudem rechnen die privat Versicherten die in Anspruch genommenen Leistungen nach dem Kostenerstattungsprinzip direkt bei ihrer Krankenversicherung ab. **Preiswettbewerb** besteht **hauptsächlich bei Neukunden**. Ein Wechsel der Versicherung für Bestandskunden ist in der Regel nicht attraktiv, da sie nur einen geringen Anteil ihrer Alterungsrückstellungen mitnehmen können. Daher lag der Anteil der Versicherten, die ihren Versicherungsvertrag im Jahr 2016 kündigten, schätzungsweise bei lediglich 1,5 % (Albrecht, 2018).

Um den Wettbewerb um Bestandskunden zu erhöhen, müssten Versicherungsunternehmen ihren Kunden ermöglichen, im Fall eines Wechsels einen höheren Anteil an Alterungsrückstellungen mitzunehmen. Allerdings sollte vermieden werden, dass Versicherte einen Wechsel abhängig von ihrem Krankheitsrisiko vollziehen, etwa weil dann gerade gesunde Versicherte einen Wechselanreiz haben könnten, und es so zu einer Risikoentmischung zwischen den Versicherungen kommen kann. Versicherungsunternehmen könnten jedoch eine **prospektive individualisierte Alterungsrückstellung** ermitteln, welche die zukünftig zu erwartenden Gesundheitskosten für den einzelnen Versicherten individuell berücksichtigt (Monopolkommission, 2017). Dass solche schon lange in der Diskussion stehenden individualisierten Alterungsrückstellungen bislang nicht eingeführt wurden, liegt unter anderem an potenziell unterschiedlichen Risikoeinschätzungen der an einem Versichertenwechsel beteiligten Versicherungsunternehmen (JG 2002 Ziffer 530).

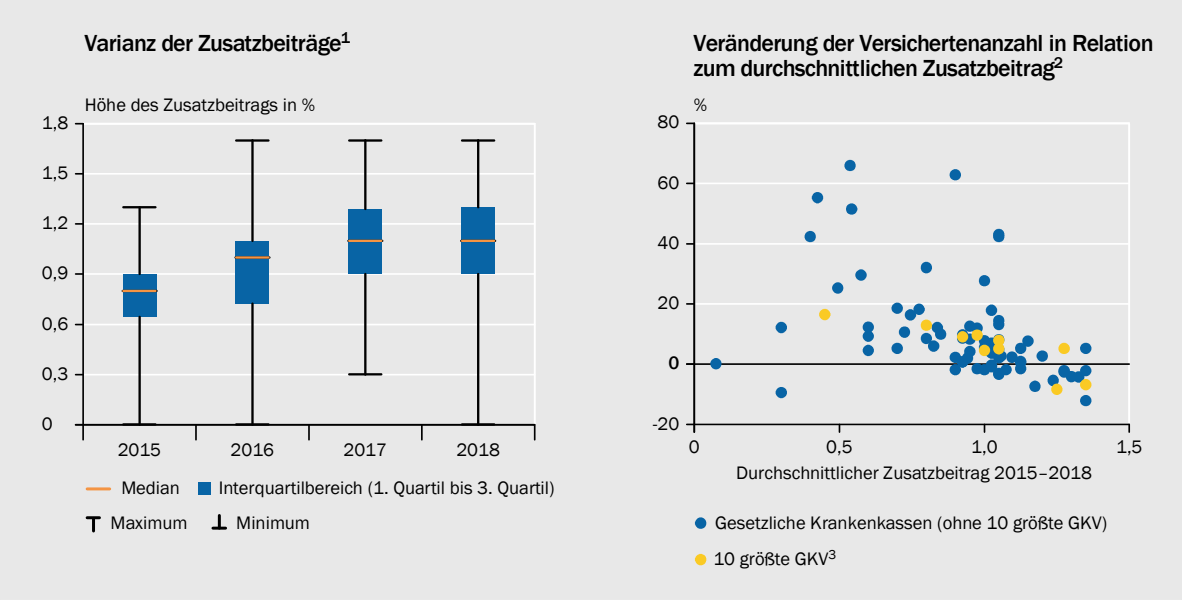
Zusatzbeiträge beleben den Kassenwettbewerb

830. Im Jahr 2009 wurden der Gesundheitsfonds eingeführt und ein bundeseinheitlicher Beitragssatz von 15,5 % festgelegt. Zusätzlich konnten Krankenkassen absolut bemessene und damit **einkommensunabhängige monatliche Zuschläge** erheben **oder Abschläge** gewähren. Unterschiede in der Höhe der Krankenversicherungsbeiträge zwischen Krankenkassen wurden dadurch transparenter abgebildet als zuvor. Dies hat zu einem gestiegenen Wettbewerb zwischen den Krankenkassen beigetragen. Zwar machte nur ein kleiner Teil der Kassen von der Möglichkeit Gebrauch, vom bundeseinheitlichen Beitragssatz abzuweichen. Auf Basis des Sozio-oekonomischen Panels (SOEP) ermitteln Schmitz und Ziebarth (2017) jedoch, dass die Wahrscheinlichkeit eines Kassenwechsels nach dieser Systemumstellung dreimal so hoch war wie zuvor: Hob eine Krankenkasse ihren Beitrag zwischen den Jahren 2009 und 2011 um 10 Euro mehr an als der Durchschnitt der Krankenkassen, dann stieg die Wechselwahrscheinlichkeit ihrer Versicherten von 5 % auf 15 %.

831. Mit der Absenkung des allgemeinen Krankenversicherungsbeitrags auf 14,6 % wurden zum Januar 2015 flächendeckend über alle Krankenkassen **einkommensabhängige Zusatzbeiträge** eingeführt. Der Zusatzbeitrag wird dabei von den Krankenkassen individuell bestimmt und von den Versicherten allein getragen. Für Versicherte entstanden somit durch die Umstellung höhere Kosten als zuvor, wenn der von ihrer jeweiligen Krankenkasse erhobene Zusatzbeitrag mehr als 0,9 % des beitragspflichtigen Einkommens betrug. Der mittlere Zusatzbeitrag ist in den vergangenen Jahren leicht von 0,8 % im Jahr 2015 auf 1,1 % des beitragspflichtigen Einkommens im Jahr 2018 angestiegen. ↘ ABBILDUNG 107 LINKS Die Varianz der Zusatzbeiträge über die Krankenkassen hinweg hat im Zeitverlauf zugenommen. Im Jahr 2018 liegt die Spanne der Zusatzbeiträge zwischen 0 % und 1,7 %.

↘ ABBILDUNG 107

Entwicklung und Auswirkungen der Zusatzbeiträge nach Krankenkassen



1 – Daten verfügbar für 109 der 110 Krankenkassen. 2 – Daten verfügbar für 82 der 110 Krankenkassen mit 95 % aller Versicherten. Veränderung der Versichertenzahl von 2015 bis 2018, Mittelwert des Zusatzbeitrags der jeweiligen Krankenkasse von 2015 bis 2018. Nicht in Abbildung: Metzinger BKK (durchschnittlicher Beitrag: 0,08 %; prozentualer Anstieg der Versicherten: 288 %). 3 – AOK Baden-Württemberg, AOK Bayern, Barmer, DAK Gesundheit, Techniker Krankenkasse, AOK PLUS, IKK classic, AOK Rheinland/Hamburg, AOK Nordwest, AOK Niedersachsen.

Quellen: Berichte der Krankenkassen, GKV Spitzenverband, eigene Berechnungen

© Sachverständigenrat | 18-272

Daten zur Abbildung

832. Die Einführung von Zusatzbeiträgen ist ein erster Schritt in Richtung einer Bürgerpauschale, da sichergestellt ist, dass Finanzierungsdefizite in der GKV ausschließlich durch diese Zusatzbeiträge ausgeglichen werden. Das von der Höhe der Zusatzbeiträge ausgehende Preissignal dürfte gegenüber der Qualität die deutlich wichtigere Komponente bei der **Wahl einer Krankenkasse** sein. Denn da die Krankenkassen nicht einzeln mit den Leistungsanbietern über die Vergütung verhandeln, unterscheidet sich die Versorgungsqualität nicht über die Krankenkassen hinweg (Schmitz, 2017). Bünnings et al. (2017) ermitteln anhand einer ökonometrischen Analyse mit Daten des SOEP, dass das Angebot an Wahltarifen und Zusatzleistungen quantitativ weniger relevant ist als der Preis. So scheinen etwa Geschäftsstellen, Telefonservice sowie die Abdeckung von Naturheilverfahren keinen messbaren Einfluss auf die Kassenwahl zu haben.

833. Die flächendeckenden Zusatzbeiträge dürften daher mit ihrem starken Preissignal den Wettbewerb zwischen gesetzlichen Krankenkassen beleben. Es gibt deutliche **Indizien für den gestiegenen Wettbewerb** zwischen den Krankenkassen: Laut Berechnungen des Sachverständigenrates sind die Versichertenzahlen zwischen den Jahren 2015 bis 2018 bei solchen Krankenkassen stärker gestiegen, die im Durchschnitt dieser Jahre einen vergleichsweise niedrigeren Zusatzbeitrag erhoben haben. Dieser Befund bestätigt sich, wenn nur die zehn größten Krankenkassen, die zusammen rund zwei Drittel aller Versicherten unter sich vereinen, für die Analyse berücksichtigt werden. ↘ ABBILDUNG 107 RECHTS

834. Die Finanzreserven der Krankenkassen sind bis Ende März 2018 auf knapp 20 Mrd Euro angestiegen. Im Durchschnitt entspricht dies mehr als einer Monatsausgabe und damit mehr als dem Vierfachen der gesetzlich vorgesehenen

Mindestreserve (BMG, 2018b). Gesetzlichen Vorhaben, die einen **Zwangsabbau der Finanzreserven** vorsehen, etwa durch die Senkung des Zusatzbeitrags, steht der Sachverständigenrat **kritisch** gegenüber. Dies würde einen unnötigen Markteingriff bedeuten, der die Mitgliederwanderung zwischen den Krankenkassen beeinflussen kann. Die Überschüsse sollten stattdessen genutzt werden, um die Versichertenbeiträge langfristig zu stabilisieren.

835. In der Zukunft sollten die Zusatzbeiträge derart weiterentwickelt werden, dass unter Berücksichtigung eines sozialen Ausgleichs der Anteil des einkommensunabhängigen Beitrags am gesamten Arbeitnehmerbeitrag nach und nach steigt. Von einer solchen **Weiterentwicklung der Zusatzbeiträge** sind langfristig positive Wachstums- und Beschäftigungseffekte zu erwarten. Ein schnellerer Übergang zur einkommensunabhängigen Finanzierung seitens der Arbeitnehmer dürfte dabei rascher zu günstigen gesamtwirtschaftlichen Effekten führen. Zudem würden sich die im GKV-System befindenden versicherungsfremden Umverteilungsströme zunehmend in das Steuersystem verlagern (Kallweit und Kohlmeier, 2012; JG 2012 Ziffern 598 ff.).

836. Die aktuelle Gesundheitspolitik läuft dieser Weiterentwicklung jedoch zuwider. Durch die im Juni 2018 von der Bundesregierung beschlossene **Rückkehr zur paritätischen Finanzierung in der GKV** wird der Zusatzbeitrag ab dem 1. Januar 2019 nun nicht mehr vom Arbeitnehmer allein gezahlt, sondern hälftig von Arbeitnehmer und Arbeitgeber. Statt die Beiträge von den Löhnen zu entkoppeln, führt die paritätische Finanzierung zu einem höheren Abgabenkeil, der mit verringerten Arbeitsanreizen einhergehen dürfte. Zudem steigt die Belastung für die Gesetzliche Rentenversicherung, die einen höheren Teil der Beiträge für Rentner tragen muss.

837. In Reaktion auf diese Maßnahme dürften darüber hinaus Arbeitnehmer und Arbeitgeber laut der von Groll (2018) mithilfe eines auf Gadatsch et al. (2016) basierenden makroökonomischen Simulationsmodells durchgeführten Berechnungen **einen niedrigeren Lohnabschluss** vereinbaren. Als Konsequenz der dadurch ausgelösten Anpassungsprozesse könnten langfristig die Produktion und Beschäftigung minimal steigen, während der Bruttolohn je Arbeitnehmer ein etwas niedrigeres Niveau erreicht. Wenngleich laut Groll (2018) die gesamtwirtschaftlichen Folgen der Rückkehr zur Parität klein sein dürften, sendet diese Maßnahme in einer Zeit des sich fortschreitenden demografischen Wandels ein falsches Signal.

838. Der Wettbewerb zwischen Krankenkassen könnte durch die Rückkehr zur paritätischen Finanzierung für Arbeitnehmer an Bedeutung verlieren, da sie den Zusatzbeitrag nur noch hälftig tragen müssen. Allerdings dürften die Unternehmen wieder eine **aktivere Rolle gegen zu hohe Abgabenbelastungen** einnehmen, wenn sie den Beitragssatz der Krankenversicherung künftig wieder voll mittragen. Dies könnte es der Politik erschweren, den Beitragssatz zukünftig weiter anzuheben.

2. Wettbewerbspotenziale im stationären Sektor

839. Der Krankenkassenwettbewerb beschränkt sich fast ausschließlich auf einen kleinen Teil der Leistungen, wie Verwaltungskosten, Service und Zusatzleistungen. Größere Effizienzpotenziale im Hinblick auf eine Begrenzung der zu erwartenden Ausgabensteigerungen dürften jedoch bei den Leistungserbringern bestehen. Wenngleich im ambulanten Sektor Wettbewerbspotenziale ebenfalls vorhanden wären, liegt der **Fokus** im Folgenden **auf dem stationären Sektor**. Berührungspunkte zum ambulanten Sektor bestehen aber insbesondere bei den Fragen, wie Selektivverträge zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern stärker genutzt werden können und wie die sektorenübergreifende Versorgung zwischen ambulantem und stationärem Sektor ausgebaut werden kann.

840. Im stationären Sektor dürften insbesondere **angebotsseitig erhebliche Effizienzgewinne schlummern**. Dabei gilt es, Wettbewerbshemmnisse zu verringern, die den Abbau von Überkapazitäten behindern, die Krankenhausfinanzierung ganz in die Hände der Krankenhäuser zu legen und die überfällige Strukturbereinigung im Krankenhaussektor aktiv voranzutreiben. Der Sachverständigenrat hat zu diesem Zwecke eine Expertise zum Thema „Potenziale für mehr Wettbewerb im Gesundheitswesen“ in Auftrag gegeben (Albrecht, 2018), auf die im Folgenden wiederholt zurückgegriffen wird.

Effizienzmängel erfordern stärkere Wettbewerbsorientierung

841. In den vergangenen Jahren haben verschiedene Studien auf die Überkapazitäten im stationären Sektor hingewiesen (Busse et al., 2016; OECD, 2017b; Wissenschaftlicher Beirat beim BMF, 2018). Gleichzeitig weisen viele Krankenhäuser einen niedrigen Ausstattungsgrad auf. ↘ ZIFFER 807 Die Koexistenz von Überkapazitäten auf der aggregierten Ebene mit häufig zu geringen Investitionen auf der Ebene einzelner Einrichtungen deutet auf eine **nicht bedarfsgerechte Krankenhausbedarfsplanung** hin. Diese Bedarfsplanung wird auf Landesebene durchgeführt und betrachtet üblicherweise den zukünftigen Bedarf je Einwohner als konstant. Aus dieser Logik heraus verursacht ein Zuwachs bei der Einwohnerzahl automatisch einen Zuwachs bei den Behandlungsfällen, der wiederum einen höheren Bettenbedarf begründet.

Diese Annahme lässt sich empirisch jedoch nicht belegen. Eher scheint die Menge der Krankenhausleistungen mit der Versorgungskapazität zuzunehmen (Roemer, 1961; Kopetsch, 2006). Jedes neu aufgestellte Krankenhausbett wird letztendlich auch belegt werden, die in der Praxis beobachtete Nachfrage dürfte zu einem nennenswerten Teil durch das Angebot induziert sein.

842. In Deutschland wäre durchaus eine stärkere Spezialisierung und räumliche Konzentration von Behandlungsangeboten und -fällen möglich, ohne dass die Erreichbarkeit von Krankenhäusern nennenswert eingeschränkt würde (Loos et al., 2016). Doch eine Krankenhausschließung führt zu hohen Kosten, die sich bis auf das 2,5-fache eines Jahresbudgets des Krankenhauses belaufen können (Preusker et al., 2014). Vor allem dürften **Marktaustritte** einzelner Krankenhäuser oftmals auf **kommunalpolitische Widerstände** stoßen, denn Kran-

kenhäuser werden häufig als wichtiger Bestandteil der regionalen Wirtschaftsstruktur angesehen.

Es verwundert daher nicht, dass der in den vergangenen Jahren zu beobachtende Bettenabbau nur zu geringen Teilen mit Marktaustritten von Krankenhäusern verbunden war. Vielmehr dominierten der Abbau von Kapazitäten in weiterhin existierenden Krankenhäusern und Zusammenschlüsse von Kliniken.

843. Dass leistungsschwächere Krankenhäuser gerade in Ballungsgebieten nicht stärker aus dem Markt ausscheiden und damit den Abbau von Überkapazitäten befördern, dürfte darüber hinaus auf den **faktischen Kontrahierungszwang** der Krankenkassen gegenüber Plankrankenhäusern zurückzuführen sein: Sie sind verpflichtet, die stationäre Behandlung ihrer Versicherten in jedem Krankenhaus zu vergüten, das im Krankenhausplan eines Landes aufgenommen ist, selbst wenn mögliche Qualitätsmängel vorliegen sollten. Nicht zuletzt aufgrund der Schwierigkeiten der Qualitätsmessung und -vergleiche zwischen Krankenhäusern werden **Qualitätsunterschiede** bislang **als Wettbewerbsparameter kaum genutzt**.

844. Der Preis stellt im Krankenhausbereich ebenfalls keinen Wettbewerbsparameter dar. So werden durch das System der **diagnosebezogenen Fallpauschalen** (Diagnosis Related Groups, DRG) fest definierte Preise für Leistungspositionen vorgegeben. Zwar hat die Abkehr vom Selbstkostendeckungsprinzip durch die verpflichtende Einführung des DRG-Systems im Jahr 2004 dazu geführt, dass die Transparenz über die Versorgung und Vergütung im Krankenhausbereich deutlich verbessert wurde. Dadurch wurden die Anreize erhöht, mit Ressourcen schonend umzugehen und somit Kosten einzusparen. Allerdings gehen mit Fallpauschalen andere Fehlanreize einher, sodass weiterhin Reformbedarf hinsichtlich der Ausgestaltung des sich ohnehin laufend wandelnden DRG-Systems besteht. ↘ KASTEN 24

845. So spielt sich der Wettbewerb zwischen den Krankenhäusern bei einheitlich geregelten Preisen durch die DRG-Fallpauschalen und weitgehender Qualitätsintransparenz insbesondere über die Leistungsmenge ab. Der **deutliche Anstieg der stationären Fallzahlen** seit dem Jahr 2007 ist offenbar nicht allein medizinisch zu begründen (Busse et al., 2016). ↘ ABBILDUNG 104 LINKS Er kann teilweise auf die veränderten Anreizstrukturen zurückgeführt werden (Schreyögg et al., 2014). Zudem könnten im Sinne einer angebotsinduzierten Nachfrage **operative Behandlungen bevorzugt durchgeführt** werden, um die Vergütung zu erhöhen. Dies kann mit einer Fehlversorgung einhergehen, wenn günstigere Behandlungsmethoden zu vergleichbaren Ergebnissen führen würden.

846. Darüber hinaus bieten Krankenhäuser vielfach **Leistungen** an, die **üblicherweise im ambulanten Sektor erbracht** werden. So deuten internationale Studien darauf hin, dass ein wesentlicher Teil der überdurchschnittlichen Krankenhaushäufigkeit in Deutschland auf stationäre Behandlungen entfällt, die in anderen Ländern überwiegend ambulant erbracht werden. Bei Diabetes-Fällen wird beispielsweise ein Krankenhausaufenthalt weit häufiger in Betracht gezogen als in anderen OECD-Ländern (OECD, 2017b).

↘ KASTEN 24

Optionen für eine Weiterentwicklung des DRG-Systems

Seit dem Jahr 2004 werden Krankenhausleistungen durch diagnosebezogene Fallpauschalen (DRG) vergütet. Grundlage für das **DRG-System** ist eine Patientenklassifikation. Sie fasst Krankenhausfälle nach Diagnose, Schweregrad der Krankheit und Art der Behandlung in ökonomisch möglichst homogene Gruppen zusammen. Die Fallvergütung ergibt sich dabei durch die Multiplikation von zwei Faktoren: i) einem Relativgewicht, welches das relative Wertverhältnis der DRG untereinander abbildet, und ii) dem länderspezifischen Basisfallwert, der die durchschnittlichen Kosten eines Referenzfalls widerspiegelt. Auf diese Weise zielt das DRG-System darauf ab, alle Versorger in ein **einheitliches Vergütungssystem** zu integrieren.

Aufgrund der vielfach hohen Fallkomplexität wurden die Fallpauschalen mit der Zeit stark ausdifferenziert. Durch **immer mehr abrechenbare Sondertatbestände** stieg die Anzahl der DRG, die jährlich vom Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) festgelegt werden, von 664 im Jahr 2003 auf 1292 im Jahr 2018. Hinzu kommen rund 200 Zusatzentgelte sowie Zu- und Abschläge, beispielsweise die durch das im Jahr 2016 in Kraft getretene Krankenhausstrukturgesetz präzisierten Zentrums- und Sicherstellungszuschläge. Die ursprüngliche Intention eines pauschalierenden Systems wird daher zunehmend untergraben.

Durch die pauschalierende Leistungsvergütung des DRG-Systems werden sämtliche Personalkosten über das DRG-System abgedeckt. Damit geht der Anreiz einher, die Personalkosten gering zu halten. Dies kann mit einer Arbeitsverdichtung für das vorhandene Personal einhergehen, was sich insbesondere auf das Wohl derjenigen Patienten negativ auswirken kann, die eine zeitintensive Betreuung benötigen. Aus diesem Grund sieht der Koalitionsvertrag vor, die Pflegepersonalkosten unabhängig von Fallpauschalen zu vergüten und die DRG-Berechnungen um diese Kosten zu bereinigen. Dies würde eine wesentliche Abkehr vom DRG-System darstellen. Ein Pflegebudget mit einer Vergütung der Pflegekosten nach dem Selbstkostendeckungsprinzip, wie es vor dem DRG-System Bestand hatte, dürfte die Verweildauer der Patienten unnötig verlängern. Besser wäre es, den **Pflegekosten innerhalb des DRG-Systems** eine **größere Bedeutung beizumessen** (SVR Gesundheit, 2018).

Um bestehende Fehlanreize zu reduzieren und die Zahl der DRG stärker zu begrenzen, sollte das DRG-System so reformiert werden, dass es explizit zwischen verschiedenen Versorgungsstufen unterscheidet. Dies würde eine Rückkehr von einer prozedurenbezogenen zu einer stärker diagnosebezogenen Ausgestaltung der DRG im eigentlichen Sinne befördern (SVR Gesundheit, 2018). Dafür müssten **neue bundeseinheitliche Versorgungsstufen** definiert werden, die auf Fachabteilungsebene angesiedelt werden sollten. Für jede Versorgungsstufe könnte dann ein Multiplikator auf das Relativgewicht angewandt werden.

Als lernendes System ermöglicht das DRG-System jährlich Anpassungen und Weiterentwicklungen. So werden die Relativgewichte jedes Jahr vom InEK auf einer sich ändernden Kalkulationsstichprobe neu berechnet. Allerdings unterliegen die Relativgewichte teilweise deutlichen Schwankungen. Diese wirken sich unmittelbar auf den Umsatz und die Anreizstruktur der Krankenhäuser aus. So reagieren Krankenhäuser auf Veränderungen der Relativgewichte von einem Jahr auf das nächste mit einer Veränderung der Fallzahlen (Schreyögg et al., 2014). Eine höhere Repräsentativität der Kalkulation über die Zeit hinweg könnte die **Schwankungen reduzieren** und eine stetige Vergütungskalkulation von Krankenhäusern erleichtern (SVR Gesundheit, 2018).

Die bestehenden **Unterschiede in den Basisfallwerten** über die Länder hinweg basieren überwiegend auf ökonomisch nicht erklärbaren historischen Unterschieden (Augurzky und Schmitz, 2013). Ein bundeseinheitlicher Basisfallwert mit einer automatisierten regionalen Komponente, die regionale Preisentwicklungen berücksichtigt, könnte die Vergütungstransparenz erhöhen. Zudem würde durch die Aufgabe des bislang existierenden Basisfallwertkorridors um einen Bundesbasisfallwert der Verwaltungsaufwand verringert, weil aufwändige Verhandlungen zwischen den Ländern zu Anpassungen der landesspezifischen Basisfallwerte wegfielen (SVR Gesundheit, 2018).

Das DRG-System nimmt eine vergleichsweise dominante Stellung bei der Krankenhausvergütung ein. So liegt der Anteil des DRG-Erlösbudgets an der gesamten Krankenhausvergütung je nach Berechnung zwischen 74 % und 90 % und damit weit höher als in anderen OECD-Ländern mit einem vergleichbaren Erlössystem (Schreyögg, 2017). Kosten, die in keinem direkten Zusammenhang mit der Fallzahl stehen, könnten aus der fallleistungsorientierten Vergütung herausgelöst und pauschal vergütet werden (SVR Gesundheit, 2018). Dies würde den **Anteil pauschaler Vergütungselemente abseits des DRG-Systems erhöhen** und damit den vorhandenen Fehlanreizen im DRG-System entgegenwirken, die sich in Leistungsausweitungen und erhöhten Ausgaben widerspiegeln dürften.

847. Zwar dürfte im Sinne einer stärkeren Verknüpfung von ambulantem und stationärem Sektor die Leistungsausweitung teilweise vom Gesetzgeber gewollt sein. Auf der Grundlage eines Katalogs ausgewählter Diagnosen lassen sich jedoch eine Reihe von Krankenhausfällen ausmachen, die bei rechtzeitiger und effektiver Versorgung im ambulanten Bereich hätten behandelt werden können. Sundmacher et al. (2015) veranschlagen solche **ambulant-sensitiven Krankenhausfälle** auf 27 % aller 18,6 Mio Krankenhausfälle im Jahr 2012. Dabei zeigt sich, dass von diesen Fällen mit gut 3,7 Mio Fällen fast drei Viertel und damit 20 % aller stationären Fälle als vermeidbar eingestuft werden können. Dies ist besonders gravierend, da eine stationäre Behandlung in der Regel teurer ist als die identische Behandlung im ambulanten Bereich. Für den Fall von Diabetes mellitus beispielsweise errechnen Albrecht und Al-Abadi (2018) eine ambulante Vergütung von knapp 140 Euro, während eine eintägige (zweitägige) stationäre Behandlung mit dem 3,8-fachen (16,6-fachen) vergütet wird.

848. Albrecht und Zich (2016) ermitteln in ihrer Analyse knapp 3,5 Mio ambulant-sensitive Krankenhausfälle aus 21 Krankheitsgruppen für das Jahr 2013. Allein die ambulant-sensitiven Notfälle, die rund die Hälfte dieser Krankenhausfälle ausmachen, belaufen sich im Durchschnitt auf gut 2 700 Euro pro Fall und summieren sich rein rechnerisch zu einem **Erlösvolumen für die Krankhäuser von rund 4,8 Mrd Euro**. Eine hohe Anzahl an stationären Krankenhausaufenthalten scheint dabei mit einem hohen Anteil an ambulant-sensitiven Fällen einherzugehen, wie Augurzky und Kolodziej (2018) mithilfe eines regionalen Vergleichs auf Kreisebene ermitteln.

Krankenhausfinanzierung aus einer Hand ermöglichen

849. Der wirtschaftliche Druck auf die Krankenhäuser wird durch die **strukturell ineffiziente Krankenhausfinanzierung** verstärkt, die auf einem dualen Finanzierungssystem basiert. Abgeleitet aus der Daseinsvorsorgeverpflichtung des Staates obliegt den Ländern die Finanzierung der Investitionskosten der Krankenhäuser. Die entsprechende Förderung der Länder betrug im Jahr 2017 insgesamt rund 2,8 Mrd Euro. Die Betriebskosten werden hingegen über die Krankenversicherungsbeiträge durch die Krankenhäuser finanziert. Die Betriebskosten werden überwiegend über das DRG-System vergütet und machen das Gros der Krankenhausfinanzierung aus. Im Jahr 2017 zahlte die GKV zur Finanzierung der Betriebskosten rund 75 Mrd Euro (GKV-Spitzenverband, 2018c), während die PKV rund 7,4 Mrd Euro beisteuerten.

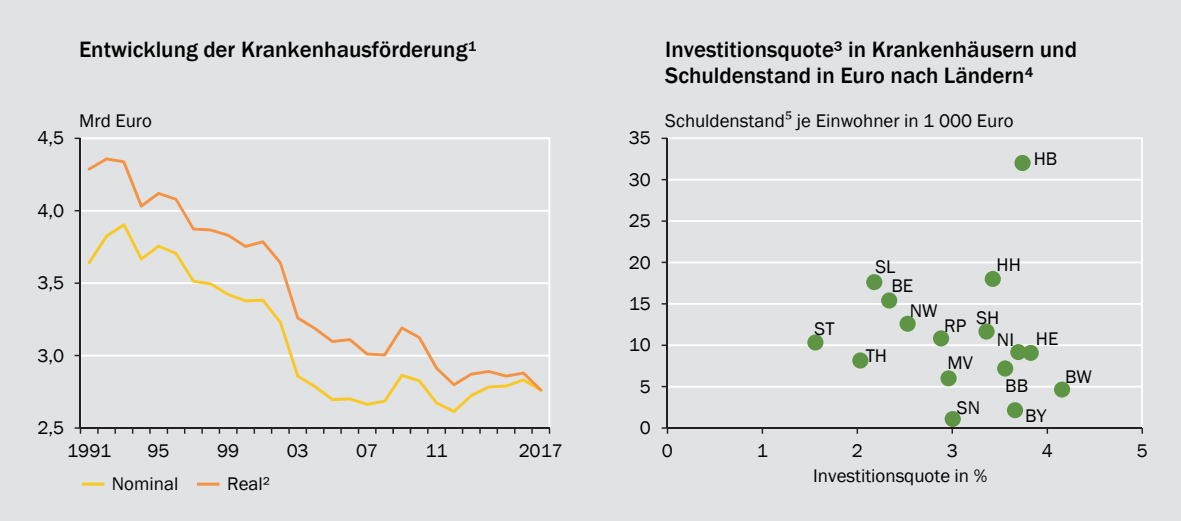
850. Die Investitionskostenfinanzierung folgt in den Ländern keinen einheitlichen Regeln. Grundsätzlich kann zwischen einer Pauschal- und einer Einzelförderung unterschieden werden. Die **Pauschalförderung** setzt sich aus einer bettenbezogenen Grundpauschale und einer fallbezogenen Leistungspauschale zusammen, während die **Einzelförderung** für größere Investitionen, wie beispielsweise den Bau eines Krankenhauses, dessen Ausstattung oder die Wiederbeschaffung von Anlagegütern, vorgesehen ist. Insbesondere bei der Einzelförderung dürfte oftmals Intransparenz herrschen, die mit Wettbewerbsverzerrungen einhergehen kann. Im Jahr 2015 wurden von den Ländern 1,5 Mrd Euro über die Einzelförderung und 1,3 Mrd Euro über die Pauschalförderung gewährt (SVR Gesundheit, 2018).

851. Das **Volumen der Fördermittel** ist **seit Jahrzehnten rückläufig**. Im Jahr 1991 betrugen die gesamten Fördermittel in Preisen des Jahres 2017 noch rund 4,3 Mrd Euro. Bis zum Jahr 2017 hat die Fördersumme real um rund 36 % abgenommen. ↘ ABBILDUNG 108 LINKS Selbst unter Berücksichtigung des Umstands, dass es heute weniger Krankenbetten gibt als damals, ist der Rückgang der Fördermittel deutlich (SVR Gesundheit, 2018). Erst seit dem Jahr 2012 haben sich die Fördermittel real nicht weiter reduziert. Mit 34 Euro je Einwohner lagen die Fördermittel erheblich unter denen anderer Staaten wie Frankreich, Dänemark, der Niederlande oder der Schweiz (Augurzky et al., 2017a).

852. Die Fördermittel variieren stark zwischen den Ländern. Während sie im Verhältnis zu den Krankenhauskosten in Baden-Württemberg bei über 4 % lagen, waren es in Sachsen-Anhalt weniger als 2 %. Ein höherer Schuldenstand je Einwohner geht dabei tendenziell mit einer niedrigeren Investitionsquote eines Landes einher. ↘ ABBILDUNG 108 RECHTS Zwar ist eine Abschätzung des aktuellen In-

↘ ABBILDUNG 108

Krankenhausfinanzierung in Deutschland



1 – Fördermittel nach Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG). 2 – Deflationiert mit dem Deflator für Bruttoanlageinvestitionen im Gesundheitswesen zu Preisen von 2017; für 2017 mit dem Deflator für Bruttoanlageinvestitionen für Gesundheits- und Sozialwesen. 3 – Investitionsquote entspricht den KHG-Fördermitteln in 2015 in Relation zu den bereinigten Krankenhauskosten in 2016 einschließlich Aufwendungen für den Ausbildungsfonds. 4 – BW-Baden-Württemberg, BY-Bayern, BE-Berlin, BB-Brandenburg, HB-Bremen, HE-Hessen, HH-Hamburg, MV-Mecklenburg-Vorpommern, NI-Niedersachsen, NW-Nordrhein-Westfalen, RP-Rheinland-Pfalz, SL-Saarland, SN-Sachsen, ST-Sachsen-Anhalt, SH-Schleswig-Holstein, TH-Thüringen. 5 – Zum Zeitpunkt 30.06.2018.

Quellen: Deutsche Krankenhausgesellschaft, Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Statistisches Bundesamt, Verband der Ersatzkassen

Daten zur Abbildung

© Sachverständigenrat | 18-275

vestitionsbedarfs schwierig. Es gibt aber zumindest Hinweise darauf, dass die Mehrzahl der Länder ihrer Verpflichtung, ausreichende Fördermittel zur Verfügung zu stellen, nicht in genügendem Maße nachkommt. So schätzen Augurzky et al. (2017b) auf Basis von Jahresabschlussdaten von Krankenhäusern die jährliche **Förderlücke** bundesweit auf rund 2,6 Mrd Euro. Insgesamt ist die Förderlücke der Länder somit in etwa so groß wie ihre gesamte Fördersumme.

853. Die geringen öffentlichen Investitionen erhöhen den Druck auf die Krankenhäuser, sich aus Leistungsvergütungen, wie beispielsweise Erlösen aus DRG und Wahlleistungen, zusätzliche Eigenmittel zu verschaffen, um Investitionen tätigen zu können. Doch selbst die derart aufgestockten Investitionsmittel reichen nicht aus, um die Förderlücke vollständig zu schließen, sodass die Substanz der Krankenhäuser langfristig nicht erhalten werden kann. Der **Prozess dieser schleichenden Monistik**, der zunehmenden Finanzierung „aus einer Hand", welcher mit einem Substanzverzehr einhergeht, ist kritisch zu sehen. Stattdessen sollte die monistische Finanzierung konsequent umgesetzt werden, was bedeuten würde, dass die Länder ihre Planungskompetenzen im Krankenhausbereich abgeben müssten.

854. Vor diesem Hintergrund gehen die Beschlüsse im Koalitionsvertrag zum Erhalt der Länderkompetenz in der Krankenhausplanung und deren Verpflichtung zur Investitionsfinanzierung in die falsche Richtung. Durch eine Umstellung zur **monistischen Krankenhausfinanzierung** wären die Finanzierung der Investitionen und der Betriebskosten allein bei den Krankenhäusern angesiedelt. Ein solches System wäre weniger abhängig von der Finanzkraft der Länder sowie von ihrer politischen Bereitschaft zur Krankenhausfinanzierung und damit von politischen Zyklen (Galli und Rossi, 2002).

855. Die Umstellung auf ein monistisches Finanzierungssystem verspräche deutliche Effizienzgewinne. So beeinträchtigt die fehlende Möglichkeit der Krankenhäuser, die Finanzierung von Investitionen und des laufenden Betriebs kohärent zu planen und zu verhandeln, deren betriebswirtschaftliche Rentabilität (JG 2008 Ziffer 687). Die aus Bürokratiegründen resultierende zeitliche Verzögerung von Investitionsentscheidungen dürfte diesen Effekt zusätzlich verstärken. Darüber hinaus könnte eine Systemumstellung die Fehlallokation von Kapital verringern. So dürften in einem dualistischen System Investitionsalternativen oftmals nicht anhand einer Gesamtbetrachtung von Investitionskosten und nachfolgenden Instandhaltungskosten beurteilt, sondern stark von der Verfügbarkeit unterschiedlicher Förderinstrumente beeinflusst werden (Augurzky et al., 2017a).

856. Finanziert werden könnte die Systemumstellung durch leistungsorientierte **Investitionszuschläge** über das DRG-System (JG 2008 Ziffer 690), wodurch die Zuteilung von Investitionsmitteln wettbewerblich organisiert wäre. Auf diese Weise würde eine bessere Wirtschaftlichkeit eines Krankenhauses tendenziell zu einer höheren Investitionsmittelausstattung beitragen können. Allerdings könnten in strukturschwachen Regionen Zielkonflikte entstehen, wenn eine strukturpolitisch gewollte wohnortnahe, flächendeckende Versorgung der Wirtschaftlichkeit von Krankenhäusern entgegensteht. Für diesen Fall wäre ein aus Steuermitteln finanzierter **Infrastrukturfonds** denkbar (JG 2008 Ziffer 692).

857. Die Umstellung auf eine monistische Krankenhausfinanzierung wird vom Sachverständigenrat (zuletzt im JG 2012) und der Monopolkommission (2008) schon lange angemahnt, und jüngst auch vom SVR Gesundheit und vom Wissenschaftlichen Beirat beim Bundesministerium der Finanzen (SVR Gesundheit, 2018; Wissenschaftlicher Beirat beim BMF, 2018). Die genaue Ausgestaltung eines solchen Systems unterscheidet sich dabei beispielsweise hinsichtlich der Vergütungsform und dem Grad der Abkehr der Länder von der Krankenhausplanung. Allerdings stieß die Umstellung auf eine monistische Krankenhausfinanzierung in der Vergangenheit auf einen massiven Widerstand der Länder, da sie offenbar um ihre Einflussnahme auf Krankenhausplanung und -kapazitäten fürchteten (Augurzky et al., 2017a).

Strukturbereinigung im Krankenhaussektor vorantreiben

858. Mit dem zu Jahresbeginn 2016 in Kraft getretenen Gesetz zur Reform der Strukturen der Krankenhausversorgung (KHSG) adressiert die Gesetzgebung erstmals explizit die Strukturmängel auf dem Krankenhausmarkt (JG 2015 Ziffern 583 ff.). Das KHSG enthält dabei explizit verschiedene wettbewerbliche Impulse, um **strukturelle Veränderungen** herbeizuführen, insbesondere durch Schließungen, Spezialisierungen und Zusammenlegungen von Krankenhäusern. Infolge des KHSG verschiebt sich der Schwerpunkt der Kapazitätssteuerung weg von landesplanerischen Entscheidungen stärker in Richtung einer bundesweiten Marktregulierung (Albrecht, 2018).

859. Der Bund setzt im Rahmen des **Strukturfonds** verstärkt Mittel für Strukturverbesserungen ein. Seine immer stärkere Einbindung in Hoheitsbereiche der Länder ist allerdings nicht unproblematisch. Eine Mischfinanzierung mit Mitteln von Bund und Ländern verstärkt die Anreize der Länder, sich ihrer Verantwortung zunehmend zu entziehen. Daher sollte der Bund eine Kofinanzierung durch die Länder verlangen und die bereitgestellten Landesmittel an konkrete Strukturziele koppeln, um Mitnahmeeffekte zu vermeiden. Dies dürfte den Ländern Anreize setzen, Strukturvorhaben durchzuführen, und würde einen wichtigen Beitrag zum Abbau von Überkapazitäten leisten. Darüber hinaus sollte die Wirkung der verwendeten Mittel wissenschaftlich evaluiert werden.

Um die Krankenhauslandschaft strukturell zu bereinigen, wurde im Jahr 2016 der **Strukturfonds** mit einem Fördervolumen von 1 Mrd Euro zunächst bis zum Jahr 2018 eingerichtet. Dabei werden 500 Mio Euro aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds bereitgestellt und die andere Hälfte von den Ländern. Förderfähig sind insbesondere Maßnahmen, die den Abbau von akut-stationären Überkapazitäten, die Konzentration auf weniger Standorte sowie die Umwandlung von Krankenhäusern in nicht akut-stationäre Versorgungseinrichtungen vorsehen. Hohe Ausschöpfungsquoten belegen die starke Inanspruchnahme des Strukturfonds und deuten auf eine wachsende Dynamik bei der Strukturbereinigung im Krankenhaussektor hin. Bislang wurden die Fördermittel insbesondere für die Konzentration auf eine geringere Anzahl von Standorten beantragt (Augurzky et al., 2017b). Der aktuelle Koalitionsvertrag sieht vor, den Strukturfonds für vier weitere Jahre jährlich mit einer 1 Mrd Euro fortzusetzen.

860. Zukünftig sollten die Mittel des Strukturfonds vorwiegend für den Abbau von Überkapazitäten im Krankenhausbereich eingesetzt werden. Dies würde die notwendige Strukturbereinigung begünstigen und die im internationalen Vergleich umfangreichen Krankenhauskapazitäten reduzieren. Die Mittel des Strukturfonds werden derzeit durch den Gesundheitsfonds bereitgestellt und gehen damit zulasten der GKV-Versicherten. Da **PKV-Versicherte** ebenfalls Nutznießer der Fördermittel sind, sollten sie sich **am Strukturfonds beteiligen**, beispielsweise über einen Pflichtbeitrag. Alternativ wäre die Finanzierung des Strukturfonds aus Steuermitteln des Bundes denkbar.

861. Beim Abbau von Überkapazitäten sind regionale Gegebenheiten zu berücksichtigen. So können Krankenhäuser in dünn besiedelten Gebieten, denen aufgrund eines geringen Versorgungsbedarfs keine kostendeckende Finanzierung gelingt, für eine flächendeckende Basisversorgung als unverzichtbar eingestuft werden. Betroffene Krankenhäuser können in diesem Fall mit den Krankenkassen **Sicherstellungszuschläge** vereinbaren. Durch das KHSG und einen entsprechenden Beschluss des G-BA sind die Kriterien hierfür mittlerweile bundeseinheitlich geregelt (G-BA, 2016). Diese Regelungen lassen es daher im Umkehrschluss zu, verlässlich verzichtbare Standorte zu identifizieren (Leber und Scheller-Kreinsen, 2018). Die Spezialisierung von Krankenhäusern soll zudem durch **Zentrumszuschläge** gefördert werden.

862. Die Mengenausweitung in Krankenhäusern hat dazu geführt, dass sich die Fixkosten eines Krankenhauses auf eine größere Anzahl von Fällen verteilen und so mengenbezogene Kostenvorteile entstehen. Um solche Kostenvorteile abzuschöpfen, wurde durch das KHSG die vergütungsmindernde Berücksichtigung von Mehrleistungen von der Landesebene auf die Krankenhausebene verlagert (Albrecht, 2018). Dafür wurde ein **Fixkostendegressionsabschlag** eingeführt. Da sich die Krankenkassen mit den Krankenhäusern bislang nicht auf die Abschlagshöhe verständigen konnten, wurde der Abschlag vom Gesetzgeber für die Dauer von drei Jahren bundeseinheitlich auf 35 % festgelegt. Dies dürfte mit dazu beigetragen haben, dass die stationären Fallzahlen zuletzt wieder leicht rückläufig waren.

863. Das KHSG hat darüber hinaus die Grundlage dafür geschaffen, dass planungsrelevante Qualitätsindikatoren über die Aufnahme oder den Verbleib im Krankenhausplan entscheiden können. Die **Erhöhung der Qualitätstransparenz** ist dabei ein wesentlicher Schritt für einen patientenorientierten Qualitätswettbewerb, bei dem Patienten Qualitätsunterschiede bei ihrer Krankenhauswahl stärker gewichten. Bislang beeinflussen krankenhausspezifische Qualitätsindikatoren, wie als vermeidbar eingestufte Sterbefälle, Behandlungshäufigkeiten oder Patientenzufriedenheit, die Wahlentscheidungen für ein Krankenhaus nur in geringerem Maße (Geraedts, 2018). Allerdings können mit steigender Qualitätstransparenz Fehlanreize auftreten. So könnte die Gefahr falscher Dokumentationen und risikoarmer Patientenauswahl zunehmen (SVR Gesundheit, 2018).

Selektivverträge im stationären Sektor stärker zulassen

864. Krankenkassen und Leistungsanbieter konkurrieren grundsätzlich untereinander und gegenseitig um Versorgungsverträge. Allerdings wird in der GKV der **überwiegende Anteil der Versorgung durch Kollektivverträge** geregelt, in denen Krankenkassenverbände gemeinsam und einheitlich mit den maßgeblichen Organisationen der Leistungserbringer die Grundlagen der ambulanten und stationären Versorgung sowie die Leistungsvergütung vereinbaren. Dies schränkt den Wettbewerb auf dem Vertragsmarkt jedoch stark ein.

865. In den 2000er-Jahren wurden die Bemühungen um mehr Wettbewerbsorientierung auf dem Vertragsmarkt verstärkt. Dabei stand allerdings der ambulante Sektor im Zentrum der Förderung wettbewerblicher Ansätze. Mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz aus dem Jahr 2007 wurden die **Möglichkeiten selektivvertraglicher Angebote ausgeweitet**. So wurden selektive Vereinbarungen zur hausarztzentrierten Versorgung von kollektivvertraglichen Vorgaben entkoppelt, eine neue selektive Vertragsform für die fachärztliche Versorgung eingeführt und die Kollektivvergütung um Doppelfinanzierungen bereinigt.

866. Den größten Effekt hatten Selektivverträge bislang in der Arzneimittelversorgung in Form von Rabattverträgen. Die hierdurch erzielten Einsparungen beliefen sich im Jahr 2017 laut GKV-Finanzstatistik auf gut 4 Mrd Euro und reduzierten die Arzneimittelausgaben der GKV um rund 10 %. Eine **stärker wettbewerbliche Steuerung** in der ambulanten Versorgung wurde bislang jedoch **nicht erreicht**. Zudem kam es bislang nicht zu der erhofften Erhöhung der Wirtschaftlichkeit durch Qualitätssteigerungen und Prozessinnovationen. An den GKV-Ausgaben hatte die selektivvertragliche ambulante Versorgung im Jahr 2017 laut GKV-Finanzstatistik lediglich einen Anteil von 6,4 % (Albrecht, 2018).

Häufige und inkohärente Veränderungen der rechtlichen Rahmenbedingungen dürften hierzu ebenso beigetragen haben wie eine **Zielüberfrachtung selektivvertraglicher Versorgungsformen** (Albrecht, 2018). So wird einerseits erwartet, dass diese die Qualität der Patientenversorgung verbessern und die Ausgaben der Krankenkassen senken. Gleichzeitig soll eine Teilnahme an Selektivverträgen durch bessere Vergütungsbedingungen motiviert werden.

867. Im **stationären Bereich** sind **Selektivverträge** zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern bislang **nicht möglich**. Lediglich im Rahmen einer integrierten sektorenübergreifenden Versorgung können Krankenhäuser Teil einer selektiven Versorgungsform sein. Insbesondere die Länder erweisen sich dabei als hemmend: Selektivverträge im stationären Bereich würden unmittelbar die Investitions- und Planungsverantwortung der Länder berühren, sodass derartige Verträge das Einvernehmen der Krankenhausplanungsbehörden voraussetzen (GMK, 2014). Aus Sicht der Länder lässt sich jedoch eine flächendeckende und wirtschaftliche Krankenhausversorgung nur durch einen Kontrahierungszwang für alle Kostenträger gewährleisten (AOLG, 2007).

868. Da die Krankenkassen zum Großteil die stationäre Versorgung finanzieren, wäre ein stärkerer Einfluss auf die aktuell den Ländern obliegende Kapazitätssteue-

rung gerechtfertigt. Eine **Lockerung des Kontrahierungszwangs** für Krankenkassen gegenüber Krankenhäusern würde zwar in einem Konflikt mit dem gegenwärtigen System der Sicherstellung stationärer Versorgung stehen. Die Lockerung könnte jedoch Selektivverträge ermöglichen und dadurch den Druck auf qualitätsärmere Krankenhäuser erhöhen. Krankenkassen hätten die Möglichkeit, ihre Versicherten gezielt in Krankenhäuser zu steuern, die bestimmte Qualitätsstandards einhalten. Dies dürfte den **Qualitätswettbewerb stärken**. Zumindest in Ballungsgebieten mit hoher Krankenhausdichte sollte daher erwogen werden, den Kontrahierungszwang zu lockern.

869. Selektive Vertragsmöglichkeiten würden zudem eine **stärkere Preisdifferenzierung erlauben**, da Krankenhäuser mit den Kostenträgern individuell abweichende preisliche Vereinbarungen treffen könnten. Bislang lassen die Fallpauschalen im DRG-System trotz potenziell unterschiedlicher Behandlungsqualität keine Preisunterschiede zu. Denkbar wäre jedoch, zukünftig preisliche Spielräume kontrolliert und schrittweise zu erweitern. Dabei sollten Preisdiskriminierungen eines Krankenhauses gegenüber einzelnen Krankenkassen nach einem System möglich sein, das für alle seine Vertragspartner gleichermaßen gilt (Albrecht, 2018). Durch die Zunahme von qualitäts- und preiswettbewerbsfördernden Elementen dürften Selektivverträge einen Beitrag zum Abbau der Überkapazitäten auf dem Krankenhausmarkt leisten.

Sektorenübergreifende Versorgung ausbauen

870. Selektivverträge und Investitionen in neue Versorgungsformen können Möglichkeiten sein, um den ambulanten und stationären Sektor stärker miteinander zu verknüpfen. Historisch bedingt besteht im deutschen Gesundheitswesen bislang eine **starke sektorale Trennung**. Sie betrifft beispielsweise die Bedarfsplanung, die Vergütung, die Mengensteuerung und die Qualitätssicherung. Dadurch werden Möglichkeiten zur Kooperation eingeschränkt, die Koordination zwischen den beiden Sektoren erschwert sowie unterschiedliche Anreize hinsichtlich der Auswahl und Durchführung von Leistungen gesetzt.

Ansätze, die die **sektorenübergreifende Versorgung verbessern**, haben daher ein großes Potenzial, die Effektivität im Gesundheitswesen zu erhöhen. Angesichts der hohen Hürden einer engeren Verflechtung von ambulantem und stationärem Sektor sollte insbesondere an der ambulant-stationären Schnittstelle eine **integrierte Versorgung** vorangetrieben werden.

871. Die Notfallversorgung stellt hierfür ein naheliegendes Beispiel dar. Bislang sind an der **Notfallversorgung** drei getrennte Bereiche beteiligt: i) der niedergelassene Arzt zu Praxisöffnungszeiten sowie der kassenärztliche Bereitschaftsdienst außerhalb der Öffnungszeiten, ii) der Rettungsdienst und iii) die Notaufnahmen der Kliniken. Zukünftig könnte es nach dem Vorschlag des SVR Gesundheit (2018) integrierte Notfallzentren geben. In diesen würde nach einer Ersteinschätzung von qualifiziertem Personal entschieden, ob Patienten von Ärzten des Bereitschaftsdienstes vor Ort ambulant oder von Klinikärzten stationär weiterbehandelt werden. Eine integrierte Leitstelle könnte zudem alle akuten Notrufe bündeln und mittels einer qualifizierten Ersteinschätzung von erfahrenen

Fachkräften bereits am Telefon den weiteren Versorgungspfad festlegen. Angesichts ihrer derzeit steigenden Inanspruchnahme dürften solche integrierten Maßnahmen die Effektivität der Notfallversorgung deutlich erhöhen.

872. Der Gesetzgeber hat es in den vergangenen Jahren Krankenhäusern erleichtert, ambulante Versorgungsleistungen zu erbringen. In der Folge haben sich die GKV-Ausgaben für Krankenhausbehandlung, die auf **ambulante Krankenhausleistungen** zurückzuführen sind, überproportional erhöht und ihren Anteil bis zum Jahr 2017 auf knapp 5 % der GKV-Ausgaben für Krankenhausbehandlung gesteigert (Albrecht, 2018). Ein zunehmender Schwerpunkt auf ambulante Leistungen könnte aufgrund der geringeren Kosten bei ambulanter Behandlung die Ausgaben wirksam dämpfen.

873. Eine angesichts der vergleichsweise geringen Nutzung nicht erfüllte Hoffnung des selektivvertraglichen Wettbewerbsansatzes war es, innovative und sektorenübergreifende Versorgungsformen und damit verbundene neuartige Vergütungsmodelle hervorzubringen (Albrecht, 2018). Um dies verstärkt zu fördern, hat der Gesetzgeber im Jahr 2015 einen **Innovationsfonds** eingerichtet. Ausgestattet mit 300 Mio Euro sollen im Zeitraum 2016 bis 2019 neue Versorgungsformen, die über die bisherige Regelversorgung hinaus gehen, sowie Versorgungsforschungsprojekte zur Verbesserung der bestehenden Versorgung gefördert werden. Ob der Innovationsfonds tatsächlich zu einem wirksamen Impulsgeber wird, sollte durch unabhängige Evaluationsstudien ermittelt werden.

IV. UNTERVERSORGUNG ZUVORKOMMEN

874. Effizientere Strukturen und eine hohe Versorgungsqualität lassen sich nur mit ausreichendem und hinreichend qualifiziertem Personal gewährleisten. Der demografische Wandel und der medizinisch-technische Fortschritt dürften sich jedoch voraussichtlich in Zukunft zunehmend in **Fachkräfteengpässen** niederschlagen und damit möglicherweise zu einer **Unterversorgung** beitragen. Zwar ergreift die Politik bereits heute Maßnahmen, um den bestehenden Fachkräfteengpässen entgegenzuwirken. Allerdings lassen sich das konkrete Ausmaß der Herausforderung und der daraus erwachsende Handlungsbedarf bestenfalls **näherungsweise bestimmen**. Nicht zuletzt sind die Wirkungen von Verschiebungen in der Lohnstruktur zugunsten von Fachkräften des Gesundheits- und Sozialwesens nur schwer zu prognostizieren.

875. Um jedoch zumindest die relevanten Größenordnungen der Nachfrage nach und des Angebots an Fachkräften im Gesundheits- und Sozialwesen sowie der potenziellen Wirkung möglicher Steuergrößen zu erkennen, verwenden Augurzky und Kolodziej (2018) im Auftrag des Sachverständigenrates ein **stilisiertes Simulationsmodell**. ↘ TABELLE 27 Dabei wird als Ausgangspunkt ein Szenario „Fortschreibung“ ohne jegliches Gegensteuern betrachtet. Sodann werden die **Größenordnungen der isolierten Beiträge** einzelner Steuergrößen in mehreren Varianten eines Szenarios „Gegensteuern“ ausgelotet: Jede Zeile der ↘ TABELLE 27

↘ TABELLE 27

Szenarioanalyse zur Entwicklung von Fachkräfteangebot und -nachfrage im Gesundheits- und Sozialwesen bis zum Jahr 2030[1]

Steuergrößen		Szenario „Fortschreibung"[2]	Szenarien „Gegensteuern"[3]	Isolierter Beitrag[4] in Tausend Personen
Jährliche Wachstumsrate des Personalbedarfs[5]	%	1,15	0,58	403
Erwerbstätigenquote in der Gesamtwirtschaft	%	79,6	83,7	184
Anteil der Erwerbstätigen im GuS[6] an der Gesamtwirtschaft	%	14,7	15,5	192
Anteil der durchschnittlichen Arbeitszeit im GuS relativ zu einer vollzeitäquivalenten Arbeitskraft im GuS	%	66,5[a]	70,7[b]	231
Krankenstand im GuS	%	5,8	5,3[c]	19
Anteil Frührentner	%	11,2	3,7[d]	44

1 – Basierend auf Augurzky und Kolodziej (2018). Das Szenario „Fortschreibung" entspricht dort dem Szenario „Worst-Case", die Szenarien „Gegensteuern" den Varianten des Szenarios „Best-Case S*". 2 – Basierend auf dem Ausgangsjahr 2016. Je nach genannter Steuergröße werden die Wachstumsrate oder der Anteil fortgeschrieben. 3 – Endwert im Jahr 2030 nach linearer Annäherung an diesen Wert. 4 – Zum Abbau der Diskrepanz zwischen Nachfrage und Angebot. 5 – Für die genaue Berechnung siehe Augurzky und Kolodziej (2018). 6 – GuS-Gesundheit- und Sozialwesen. a – Fortgeschrieben wird das Wachstum des Anteils, der ausgehend von 70,2 % jährlich um 0,25 Prozentpunkte auf 66,5 % im Jahr 2030 sinkt. b – Der im Zeitraum von 2010 bis 2015 beobachtete Rückgang des Anteils von jährlich 0,25 Prozentpunkten wird bis 2020 fortgeschrieben, danach stagniert der Anteil bis 2025. Ab 2025 steigt der Anteil jährlich um 0,25 Prozentpunkte auf 70,7 % im Jahr 2030 an. c – Absenkung auf den Endwert im Jahr 2022. d – Absenkung auf den Endwert im Jahr 2020.

Quelle: Augurzky und Kolodziej (2018)

Daten zur Tabelle

© Sachverständigenrat | 18-359

steht für die Ergebnisse der isolierten Variation je einer Steuergröße. Die jeweilige Variation der Steuergrößen wird dabei zwar plausibilisiert; wie stark diese Steuergrößen in der Praxis tatsächlich durch wirtschaftspolitische Eingriffe in die gewünschte Richtung zu bewegen sind, müsste dann allerdings im Rahmen von Evaluationsstudien ermittelt werden.

876. Dem Szenario „Fortschreibung" zufolge dürften im Gesundheits- und Sozialwesen gegenüber dem Ausgangsjahr 2016 **bis zum Jahr 2030** gemessen in Vollzeitäquivalenten rund **1,3 Millionen Fachkräfte fehlen**. ↘ ABBILDUNG 106 UNTEN RECHTS Im Jahr 2015 entsprach eine Fachkraft im Gesundheits- und Sozialwesen im Durchschnitt rund 0,7 vollzeitäquivalenten Arbeitskräften. Bliebe dieser Anteil bis zum Jahr 2030 konstant, wären etwa 1,85 Millionen zusätzliche Fachkräfte erforderlich, um diesen erhöhten Fachkräftebedarf zu decken. Die isolierten Beiträge möglicher Steuergrößen werden in ↘ TABELLE 27 ebenfalls in Vollzeitäquivalenten dargestellt.

877. Auf der **Nachfrageseite** stehen solche Handlungsoptionen im Mittelpunkt, die den Personalbedarf reduzieren. Zu diesem Zweck müsste der medizinisch-technische Fortschritt künftig stärker **arbeitssparende Prozessinnovationen** statt nachfragesteigernde Produktinnovationen hervorbringen (Augurzky und Kolodziej, 2018). Die zunehmenden finanziellen Restriktionen im Gesundheits- und Sozialwesen könnten zum Auslöser für diese veränderte Ausrichtung des technischen Fortschritts werden. Die Digitalisierung des Gesundheitsbereichs könnte diesen Prozess unterstützen. Würde sich das derzeit beobachtete Tempo des Nachfragewachstums bis zum Jahr 2030 durch solche Maßnahmen halbieren, könnte die Diskrepanz zwischen dem Angebot an und der Nachfrage nach Fachkräften um rund 400 000 Personen vermindert werden. ↘ TABELLE 27

878. Auf der **Angebotsseite** bestehen verschiedene Ansatzpunkte, um das **Arbeitskräftepotenzial** im Gesundheitsbereich zu **erhöhen**. Ein zentrales Element ist dabei die fortgesetzte Steigerung der Erwerbstätigenquote (Augurzky und Kolodziej, 2018). Weitere aussichtsreiche Maßnahmen sind die Erhöhung des Anteils des Gesundheitssektors an der Gesamtwirtschaft, eine Ausweitung der Arbeitszeit der im Gesundheitsbereich Beschäftigten sowie eine stärkere qualifizierte Zuwanderung. Darüber hinaus sollten die **Gesundheitsberufe attraktiver gestaltet** werden, um den Fachkräftenachwuchs zu steigern.

Arbeitskräftepotenzial im Gesundheitsbereich erhöhen

879. Die Erhöhung der **Erwerbstätigenquote** könnte durch verschiedene Maßnahmen bewirkt werden. Dabei ginge es in erster Linie darum, Arbeitskräfte für diesen Bereich zu gewinnen, die bislang nicht erwerbstätig waren oder arbeitslos sind. Sollte sich der zwischen den Jahren 1993 und 2017 beobachtete Zuwachs der Erwerbstätigenquote von durchschnittlich 0,5 Prozentpunkten pro Jahr bis zum Jahr 2019 fortsetzen und in den Jahren danach um weitere 0,25 Prozentpunkte jährlich erhöhen, würde die Erwerbstätigenquote zwischen den Jahren 2016 und 2030 von 79,6 % auf 83,7 % ansteigen. Nach den Berechnungen von Augurzky und Kolodziej (2018) könnte im Gesundheits- und Sozialwesen dadurch ein zusätzliches Fachkräftepotenzial von 184 000 Personen gewonnen werden. ↘ TABELLE 27

880. Das Fachkräftepotenzial im Gesundheits- und Sozialwesen könnte zusätzlich erhöht werden, wenn es gelänge, den **Anteil der in diesem Bereich Erwerbstätigen** an der gesamten Beschäftigung weiter zu steigern. Setzt sich der in den vergangenen Jahren beobachtete jährliche Zuwachs dieses Anteils bis zum Jahr 2030 in abgeschwächter Form fort, könnte der Anteil zwischen den Jahren 2016 und 2030 von 14,7 % im Jahr 2016 auf 15,5 % im Jahr 2030 ansteigen. Dadurch würde die Anzahl der Fachkräfte im Gesundheits- und Sozialwesen laut den Berechnungen von Augurzky und Kolodziej (2018) um zusätzlich 192 000 Personen zunehmen. ↘ TABELLE 27

881. Gute Rahmenbedingungen zu schaffen, könnte sich im Gesundheitsbereich als besonders aussichtsreich erweisen. Durch den Ausbau der Ganztagskinderbetreuung könnte es gelingen, dass **Teilzeitbeschäftigte** Familie und Beruf besser in Einklang bringen und somit ihre **Arbeitszeiten ausweiten**. Im Jahr 2016 waren mit 51 % über die Hälfte der Beschäftigten im Gesundheitssektor teilzeit- oder geringfügig beschäftigt – und damit deutlich mehr als im Durchschnitt aller Wirtschaftszweige mit 29 %. Zudem waren drei von vier Beschäftigten im Gesundheitsbereich im Jahr 2016 Frauen.

Sollte sich die **durchschnittliche Arbeitszeit** der Beschäftigten von 70,2 % einer Vollzeitkraft im Jahr 2015 wie in den vergangenen Jahren weiter um 0,25 Prozentpunkte pro Jahr verringern, läge sie bis zum Jahr 2030 bei durchschnittlich 66,5 % einer Vollzeitkraft. Sollte ab dem Jahr 2020 hingegen eine Trendumkehr einsetzen und die durchschnittliche Arbeitszeit bis zum Jahr 2030 auf 70,7 % einer Vollzeitkraft ansteigen, würde sich die Diskrepanz zwischen der Nachfrage nach und dem Angebot an Fachkräften den Berechnungen zufolge im

Vergleich zum Szenario „Fortschreibung“ um etwa 230 000 Personen reduzieren. ↘ TABELLE 27 Des Weiteren ließen sich Potenziale bei den Rückkehrern aus Elternzeit heben, für die es Hürden beim Wiedereinstieg abzubauen gilt.

882. Es zeigt sich, dass sich die im Szenario „Fortschreibung“ bereits berücksichtigte stufenweise Anhebung des gesetzlichen Renteneintrittsalters auf 67 Jahre bis zum Jahr 2031 positiv auf eine Erhöhung der **Erwerbsbeteiligung von älteren Arbeitnehmern** auswirken dürfte. Würde das Renteneintrittsalter stattdessen ab dem Jahr 2018 bei 65,5 Jahren stagnieren, würde sich die Anzahl der Fachkräfte im Gesundheits- und Sozialwesen gegenüber dem Szenario „Fortschreibung“ sogar um weitere rund 140 000 Personen vermindern (Augurzky und Kolodziej, 2018). Nach den Berechnungen würden dem Gesundheits- und Sozialwesen bis zum Jahr 2030 zudem rund 44 000 zusätzliche Arbeitskräfte zur Verfügung stehen, wenn der Anteil der Frührentner von 11,2 % im Jahr 2017 bis auf 3,7 % ab dem Jahr 2020 zurückginge. ↘ TABELLE 27 Einen ähnlich geringen Effekt hätte eine Verringerung des Krankenstands von 5,8 % auf 5,3 % ab dem Jahr 2022. Weiteres Potenzial dürfte eine stärkere Fokussierung auf altersgerechte Arbeitsbedingungen bieten, wie altersgemischte Teams (Boockmann et al., 2018) sowie flexible Arbeitszeitmodelle (Fujisawa und Colombo, 2009).

883. Eine weitere Möglichkeit, die Diskrepanz von Arbeitsnachfrage und -angebot zu reduzieren, besteht darin, **Fachkräfte aus dem Ausland** anzuwerben. Im Pflegebereich ist dies zuletzt vermehrt geschehen. Waren im Jahr 2013 noch rund 80 000 Personen aus dem Ausland als Pflegekraft beschäftigt, stieg die Anzahl auf rund 134 000 im Jahr 2017 an (Deutscher Bundestag, 2018). Der Anteil ausländischer Pflegekräfte erhöhte sich damit in diesem Zeitraum von 7 % auf 11 % (BA, 2018c). Insgesamt lag der Anteil der sozialversicherungspflichtig beschäftigten Ausländer im Gesundheitswesen mit 6 % zum Stichtag 30. Juni 2017 unter dem Durchschnitt über alle Wirtschaftszweige (11 %) (BA, 2018d): Der größere Teil der ausländischen Fachkräfte, die in den vergangenen Jahren nach Deutschland gekommen sind, siedelte sich nicht zuletzt aufgrund geringerer Sprachbarrieren eher in Wirtschaftsbereichen wie dem Gastgewerbe, dem Verarbeitenden Gewerbe und der Arbeitnehmerüberlassung an. ↘ ZIFFER 288

884. Im Modell von Augurzky und Kolodziej (2018) stellt die Zuwanderung diejenige Steuergröße dar, welche die Nachfrage nach und das Angebot an Fachkräften rechnerisch zum Ausgleich bringen kann. Selbst wenn alle anderen Steuergrößen gleichzeitig in der Art und Weise verändert würden, die in den einzelnen Berechnungen zur Größenordnung ihrer möglichen Beiträge unterstellt wurde, würden bis zum Jahr 2030 für das Gesundheits- und Sozialwesen **zusätzliche Fachkräfte aus dem Ausland** benötigt. Augurzky und Kolodziej (2018) beziffern deren Anzahl in diesem Fall zusätzlich zu der im Modell laut Bevölkerungsfortschreibung ohnehin angenommenen jährlichen Nettozuwanderung von 200 000 Personen auf insgesamt 177 000 Fachkräfte.

Nicht zuletzt angesichts der derzeit hohen Zuwanderung, die deutlich oberhalb der langfristigen Annahmen der Bevölkerungsvorausberechnung des Statistischen Bundesamts liegt, erscheint dies zwar nicht vollkommen unrealistisch. So ist im vergangenen Jahr die Anzahl der ausländischen sozialversicherungspflich-

tigen Beschäftigten im Gesundheits- und Sozialwesen laut BA bereits um rund 15 000 angewachsen. Die **Zuwanderung** von Fachkräften müsste jedoch noch **stärker zunehmen**, wenn die in den Berechnungen unterstellten Beiträge der anderen Steuergrößen geringer ausfielen.

885. Das geplante **Fachkräftezuwanderungsgesetz**, das unter anderem die Zuwanderung von beruflich qualifizierten Fachkräften aus den Nicht-EU-Staaten erleichtern soll, ist bereits ein erster Schritt, um zusätzliche Fachkräfte im Gesundheits- und Sozialwesen anzuwerben. Eine einschlägige Maßnahme stellt zudem die Bemühung des BMG (2018c) dar, gezielt Pflegefachkräfte aus Südosteuropa, insbesondere aus Albanien und dem Kosovo, zu gewinnen.

886. In ländlichen Gebieten sind die Wege zu niedergelassenen Ärzten länger, und die Neubesetzung von Arztsitzen ist dort momentan oftmals langwieriger als in den Städten. Ein Grund für solche Diskrepanzen könnte sein, dass Ärzte einen finanziellen Anreiz haben, sich dort niederzulassen, wo viele Privatpatienten wohnen (Breyer, 2018). Um die Versorgung überall sicherzustellen, könnten Vergütungszuschläge und ein familienfreundliches Umfeld probate Mittel darstellen (SVR Gesundheit, 2014). Außerdem könnte eine stärkere Honorierung der Wegezeiten bei längeren Anfahrtswegen der Ärzte die Attraktivität eines Landarztsitzes erhöhen. Darüber hinaus könnten die Anreize zur Wiederbesetzung von Arztsitzen in ländlichen Gebieten verbessert und Nachbesetzungen erleichtert werden (SVR Gesundheit, 2018).

887. Um die Anzahl unbesetzter Arztsitze zu reduzieren, sollte die **Kapazitätsplanung generell auf den Prüfstand** gestellt werden. So ist für die Bedarfsplanung lediglich die Anzahl der Ärzte ausschlaggebend und nicht deren Vollzeitäquivalent, doch bei Ärzten wächst aktuell die Anzahl an Teilzeitstellen deutlich. Andererseits könnte der Bedarf nach Versorgung durch niedergelassene Ärzte zurückgehen, wenn eine zunehmende Digitalisierung die Nutzung von Telemedizin einsatzfähig macht. ↘ ZIFFER 911 Der zukünftige Bedarf könnte zudem – wie in den Niederlanden – mit einer gewissen Überkapazität geschätzt werden.

Attraktivität der Gesundheitsberufe steigern

888. Um den zukünftigen Fachkräftenachwuchs zu erhöhen, sollte die **Attraktivität** der Gesundheitsberufe deutlich gesteigert werden. So wird ein steigender Wettbewerb zwischen verschiedenen Sektoren um Fachkräfte erwartet, in dem sich der Gesundheitssektor behaupten muss. Eine Ausweitung seines Beschäftigungsanteils könnte insbesondere durch eine bessere Entlohnung und durch eine Reihe anderer Faktoren erreicht werden.

889. Vor allem in der Altenpflege dürften **fehlende finanzielle Anreize** ein Grund für einen besonders hohen Fachkräftemangel sein. ↘ ZIFFER 817 Wichtige Beiträge zu einer stärkeren Attraktivität der Gesundheitsberufe dürften zudem **nichtlohnbezogene Faktoren** darstellen, wie etwa die Entlastung von Bürokratie, eine bessere Planbarkeit von Dienstplänen und ein höheres Verhältnis von Personal zu Pflegefällen. Die Bundesregierung spricht mit der **„Konzertierten Aktion Pflege“** bereits einige dieser Maßnahmen an.

890. Das im Juni verabschiedete **Pflegeberufegesetz** (PflBG), das die Pflegeausbildung grundlegend reformiert und den Alten- und Krankenpflegeberuf zusammenführt, könnte die Bedingungen der zukünftigen Pflegefachkräfte wesentlich verbessern. Ab dem Jahr 2020 erhalten Auszubildende zwei Jahre lang eine **generalistisch ausgerichtete Ausbildung**, bevor sie im dritten Jahr entscheiden können, ob sie den Berufsabschluss Pflegefachmann/-frau oder einen Abschluss in der Altenpflege oder der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege anstreben. Dies erhöht die Flexibilität der Absolventen, da es leichter wird, zwischen den Arbeitsbereichen zu wechseln. Zukünftig entfällt für Auszubildende zudem das Schulgeld.

891. Darüber hinaus wurden durch das Gesetz für den Pflegebereich erstmals bestimmte berufliche Tätigkeiten geregelt, die nur von entsprechend ausgebildetem Personal ausgeführt werden dürfen. Dies könnte helfen, die Wertschätzung der Tätigkeit von Pflegekräften zu steigern und das **Kompetenzspektrum der Pflegekräfte zu vergrößern**. In den Vereinigten Staaten, der Schweiz, den Niederlanden oder dem Vereinigten Königreich verantworten Pflegekräfte ein größeres Aufgabengebiet als in Deutschland, wodurch das Berufsfeld attraktiver ist und gleichzeitig Ärzte entlastet werden. Tendenziell besteht daher die Gefahr, dass zugewanderte Fachkräfte in ihren Erwartungen an einen ähnlich hohen Kompetenzgrad des Pflegeberufs in Deutschland enttäuscht werden und im ungünstigsten Fall deswegen in ihre Heimat zurückkehren.

Die Aufwertung des Pflegeberufs ist daher positiv zu bewerten. Inwiefern sich die im Pflegeberufegesetz beschlossene **Einführung des Pflegestudiums** in der Praxis im Zusammenspiel mit Ärzten und Pflegekräften bewährt, bleibt abzuwarten. Der Bedarf für eine zusätzliche Qualifikationsstufe dürfte prinzipiell gegeben sein. So ist die Verantwortung von Pflegekräften bereits heute hoch. Es bietet sich daher ohnehin an, mehr Karriereoptionen im Pflegebereich vorzusehen. Zusatzqualifikationen müssten allerdings mit einem Mehrwert im Hinblick auf die Pflegeleistungen einhergehen, um eine höhere Entlohnung zu rechtfertigen (Augurzky et al., 2018).

892. Der Krankenstand im Pflegeberuf ließe sich vermutlich durch psychische wie physische **Entlastungen des Personals** merklich verringern. Ein Ausgangspunkt für verbesserte psychische Arbeitsbedingungen wären Seminare zum Umgang mit aggressiven Patienten, Krankheit und Tod. Eine Verringerung des Krankenstands durch vorbeugende physische Maßnahmen könnte etwa durch Hebehilfen und Exoskelette erreicht werden (Augurzky und Kolodziej, 2018).

Angesichts des überdurchschnittlich hohen Krankenstands im Gesundheits- und Sozialwesen könnte zudem die Einführung einer **Teilarbeitsfähigkeit** nach skandinavischem Modell erwogen werden (SVR Gesundheit, 2015). Anstelle der in Deutschland gegenwärtig praktizierten Regelung, nach der Arbeitnehmer entweder als arbeitsfähig oder nicht arbeitsfähig gelten, ließe das Konzept eine graduelle Differenzierung der Arbeitsunfähigkeit zu. Dies könnte die Rückkehr von insbesondere für längere Zeit krankgeschriebenen Beschäftigten erleichtern und möglicherweise Frühverrentungen verringern.

893. Es ist fraglich, ob **Personaluntergrenzen**, wie sie ab dem 1. Januar 2019 in den vier pflegesensitiven Krankenhausbereichen Intensivmedizin, Geriatrie, Kardiologie und Unfallchirurgie eingeführt werden, eine geeignete Maßnahme sind, um das Gesundheitspersonal zu entlasten und einer medizinischen Unterversorgung vorzubeugen. Sie dürften dazu führen, dass Krankenhausleistungen, wie beispielsweise die intensivmedizinische Versorgung, reduziert werden und die Personalplanung erschwert wird.

V. DIGITALISIERUNG ALS INNOVATIONSMOTOR

894. Medizinisch-technische Innovationen haben zu einem Anstieg der Lebenserwartung und höherer Lebensqualität geführt. So sind beim Vergleich der Kosten für neue Technologien und ihres gesundheitlichen Nutzens beispielsweise bei Herz-Kreislauf-Erkrankungen oder zu geringem Geburtsgewicht **massive Wohlfahrtsgewinne** zu beobachten (Cutler und McClellan, 2001). Ein ähnliches Potenzial lassen Verbesserungen in der Informations- und Kommunikationstechnologie erwarten. Vor allem verspricht die **digitale Transformation** des Gesundheitssektors, effizientere Strukturen zu schaffen.

So könnten beispielsweise mit einer effizienteren Patientensteuerung Ausgaben gesenkt oder durch ein engeres Zusammenwirken von Mensch und Maschine am Arbeitsplatz die Beschäftigungsfähigkeit von Arbeitnehmern insgesamt und insbesondere im Gesundheitswesen verlängert werden. Der Ausbau der Telemedizin stellt gerade im ländlichen Raum ein Mittel gegen eine drohende Unterversorgung dar. Gleichwohl sollten die Potenziale nicht überschätzt werden. Neben gesellschaftlichen Akzeptanzproblemen dürften regulatorische und derzeit noch hohe technologische Hürden die Nutzung der Digitalisierung einschränken.

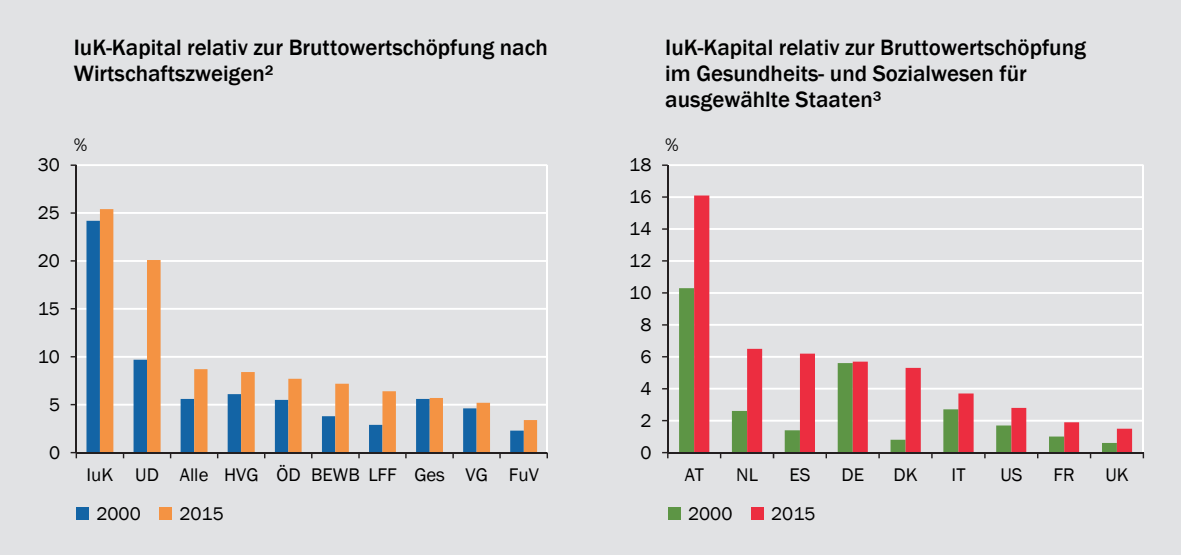
Effizientere Strukturen durch Digitalisierung

895. Deutschland nimmt im internationalen Vergleich bei der **Verbreitung der Digitalisierung** nur einen Platz im Mittelfeld ein (JG 2017 Ziffer 800). Im Gesundheitswesen sieht es sogar noch schlechter aus: Bei der Anwendung von E-Health, also Informations- und Kommunikationstechnologien, die den Gesundheitssektor betreffen, liegt Deutschland laut international vergleichenden Befragungen aus dem Jahr 2013 unterhalb des EU-Durchschnitts (OECD und EU, 2016). Dies gilt für Befragungen unter Hausärzten und Ärzten in Krankenhäusern. Zu ähnlichen Ergebnissen kommt der anhand von Befragungen ermittelte EMRAM-Score zur Bewertung des digitalen Fortschritts in Krankenhäusern. ↘ ABBILDUNG 18 Regelmäßig belegt Deutschland hierbei im internationalen Vergleich einen der hinteren Plätze (HiMSS, 2017).

896. Beim sektoralen Vergleich des Anteils des Informations- und Kommunikationskapitalstocks (IuK-Kapital) an der Bruttowertschöpfung innerhalb Deutschlands erreicht das Gesundheitswesen ebenfalls nur einen hinteren Rangplatz. Sein Anteil in Höhe von 5,7 % blieb im Zeitraum von 2000 bis 2015 nahezu unverän-

↘ ABBILDUNG 109

Informations- und Kommunikationskapital (IuK) für Deutschland und ausgewählte Staaten[1]



1 – Realer IuK-Kapitalstock (Computerhardware und -software, Telekommunikationstechnik und Datenbanken) sowie Bruttowertschöpfung gemessen in Preisen von 2010. 2 – IuK-Information und Kommunikation, UD-Unternehmensdienstleister (inklusive sonstige Dienstleister), Alle-Alle Wirtschaftszweige, HVG-Handel, Verkehr, Gastgewerbe, ÖD-Öffentliche Dienstleister (ohne Gesundheit), BEWB-Bergbau, Elektrizität, Wasser und Baugewerbe, LFF-Land- und Forstwirtschaft, Ges-Gesundheits- und Sozialwesen, VG-Verarbeitendes Gewerbe, FuV-Finanz- und Versicherungsdienstleister und Immobilien. 3 – AT-Österreich, NL-Niederlande, ES-Spanien, DE-Deutschland, DK-Dänemark, IT-Italien, US-Vereinigte Staaten, FR-Frankreich, UK-Vereinigtes Königreich.

Quellen: EU KLEMS, eigene Berechnungen

Daten zur Abbildung

© Sachverständigenrat | 18-355

dert. ↘ ABBILDUNG 109 LINKS Im internationalen Vergleich lag Deutschland im Jahr 2015 damit im Mittelfeld. Allerdings hat dieser Anteil im selben Zeitraum anders als in Deutschland in allen hier betrachteten Staaten deutlich zugenommen. ↘ ABBILDUNG 109 RECHTS

897. Die hohe Fragmentierung des deutschen Gesundheitswesens und seine starken Interessenvertretungen dürften ein wesentlicher Grund für den Rückstand bei der Digitalisierung sein (Elmer, 2016; Dörries et al., 2017). Bislang fehlt zudem eine **flächendeckende Telematikinfrastruktur**, um das seit den 1990er-Jahren diskutierte Instrument einer elektronischen Patientenakte einzuführen (Haas, 2017). Diese Infrastruktur ist notwendig, um sektorenübergreifend eine Interoperabilität und digitale Kommunikation zwischen den verschiedenen Akteuren zu ermöglichen.

898. Die Digitalisierung schafft Möglichkeiten einer intensiveren und effizienteren Interaktion zwischen Bürgern, Ärzten und Institutionen. E-Health deckt laut der Definition der OECD dabei eine Vielzahl von digitalen Anwendungen, Prozessen und Plattformen ab. Systeme zur elektronischen Gesundheitsakte und medizinische Fernberatung mittels Telemedizin fallen ebenso unter diese Definition wie Gesundheitsapplikationen auf dem Smartphone, Fernüberwachungsgeräte und analytische Werkzeuge zur Entscheidungsfindung von Ärzten und Patienten. Das **Spektrum von E-Health** erstreckt sich damit über alle Ebenen des Gesundheitssystems, von der privaten Nutzung von Gesundheitsdiensten bis hin zum klinischen Einsatz (zum Beispiel Diagnosen und Therapie) und Anwendungsgebieten auf übergeordneter Ebene, wie beispielsweise der Kommunikation zwischen auf verschiedenen Ebenen angesiedelten Akteuren.

899. Dieses weite Spektrum verdeutlicht die möglichen Potenziale, die mit einer stärkeren Digitalisierung im Gesundheitswesen einhergehen können. Die Nutzung von digitaler Technik zum Sammeln, Austauschen und Auswerten von Daten und Informationen kann dabei helfen, die Patientenwege effektiver als bislang zu gestalten. Zudem können sie dazu beitragen, **Krankheitsbilder schneller zu erkennen** und Erkrankungen dadurch aktiv vorzubeugen. Dieser präventive Charakter kann somit Ausgaben verhindern, bevor sie entstehen. Durch klinische Entscheidungsunterstützungssysteme kann zudem die Versorgungsqualität gesteigert werden (Elmer, 2016). Damit können Kosten- und Zeiteinsparungen einhergehen, weil sich Wartezeiten reduzieren sowie Mehrfachuntersuchungen und unnötige Medikationen – und damit medizinische Fehlversorgung – vermieden werden können. Langfristig können so Schäden durch falsche Medikationen begrenzt und die Behandlung seltener Krankheiten durch umfangreichere statistisch erfasste Fallzahlen verbessert werden (Lux und Breil, 2017).

900. Angesichts des drohenden Anstiegs der Fachkräfteengpässe in den kommenden Jahrzehnten bestehen darüber hinaus Potenziale in einem Ausbau telemedizinischer Anwendungen, die insbesondere **Fernbehandlungen** ermöglichen. So könnte mithilfe von Messgeräten im Haushalt oder Gesundheitsapps mit Erinnerungsfunktionen und Überwachungsmöglichkeit ärztlicher Rat unmittelbar online übermittelt werden. Perspektivisch können digitale Prozesse zudem einer möglichen Unterversorgung der Patienten entgegenwirken. So ist denkbar, dass in einigen Jahren selbstfahrende Fahrzeuge für Krankentransporte eingesetzt oder medizinische Lieferungen per Drohne an Patienten verteilt werden.

901. In Deutschland spielt Telemedizin jedoch bislang eine vergleichsweise geringe Rolle. Wichtige Gründe dafür sind das bestehende Fernbehandlungsverbot sowie die hohe Krankenhausdichte. **Potenziale für den Ausbau der Telemedizin** dürften daher tendenziell in weniger besiedelten Gebieten von Deutschland zu sehen sein. Agglomerationsüberlegungen lassen jedoch vermuten, dass der Ausbau in urbanen Regionen schneller realisiert werden wird. Basierend auf einem Ländervergleich zeigt sich zudem, dass dezentrale Strukturen ebenso wie eine sektorale Trennung zwischen dem ambulanten und stationären Sektor der Umsetzung und Implementierung von telemedizinischen Maßnahmen tendenziell im Wege stehen (Riedler, 2016).

902. Eine weitere Möglichkeit, einem zunehmenden Fachkräfteengpass entgegenzuwirken, besteht darin, die Beschäftigungsfähigkeit von Fachkräften zu verlängern. Die Digitalisierung kann hierzu einen Beitrag leisten, indem vernetzte Maschinen, wie beispielsweise Assistenzsysteme, Arbeitnehmer im Betrieb unterstützen. Gerade im Altenpflegebereich könnten **Beschäftigte körperlich entlastet** werden. Dies könnte zu längeren Lebensarbeitszeiten und weniger krankheitsbedingten Fehltagen führen. Allerdings dürfte die Umsetzung aufgrund der hohen Kosten nur langsam voranschreiten. Selbst bei erheblicher Verbesserung der Beschäftigungsfähigkeit dürfte dies den drohenden Anstieg des Fachkräfteengpasses im nächsten Jahrzehnt nicht hinreichend abfedern.

Berechtigte Bedenken berücksichtigen

903. Mit der seit Mai 2018 geltenden **Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO)** der Europäischen Union wurde der Datenschutz insbesondere von personenbezogenen Daten einheitlich geregelt. Gesundheitsdaten sind besonders sensibel. Eine flächendeckende Implementierung gesundheitsbezogener digitaler Anwendungen muss daher zunächst gesellschaftlich akzeptiert werden. Es ist Aufgabe von Politik und Unternehmen, Vertrauen in die digitale Infrastruktur und Transparenz über die Datennutzung zu schaffen, um einen raschen Fortschritt der Digitalisierung zu ermöglichen.

904. **Vernetzte Patientendaten** werden auf verschiedene Weisen erzeugt, beispielsweise über die anvisierte elektronische Patientenakte oder das elektronische Patientenfach, welches außerhalb der Arztpraxis individuelle Dokumentationen wie Tagebücher über Blutzuckermessungen erfasst. Diese Daten können zu mehr Rückmeldungen, Transparenz und Kontrolle von Behandlungen führen. Allerdings könnte die Gefahr bestehen, dass dies seitens der Ärzteschaft als reines Kontrollsystem missverstanden wird (Rebitschek et al., 2017). Die Absicherung gegenüber dem Risiko möglicher individueller Fehler könnte Ärzte zu einer Defensivmedizin veranlassen und somit beispielsweise die Anzahl unnötiger Tests erhöhen (Gigerenzer et al., 2011).

905. Auf dem Krankenversicherungsmarkt können personenbezogene Daten genutzt werden, um Anreize für gesundheitsbewusstes Verhalten zu setzen. So können bereits heute Versicherte, die gesundheitsfördernde Maßnahmen ergreifen, finanzielle Vorteile erlangen. Seit dem Jahr 2004 können beispielsweise Krankenkassen Bonusprogramme für gesundheitsförderliche Aktivitäten und Gesundheits-Check-Ups anbieten (Verbraucherzentrale NRW, 2015).

Allerdings kann dies zu unerwünschten Ergebnissen und zu **Marktversagen** führen. Daher gilt es auszuschließen, dass die wachsenden Möglichkeiten der Auswertung und Vernetzung von Patientendaten zur Ermittlung individueller Risikoprofile missbraucht und für eine vollständige Preisdiskriminierung genutzt werden. Wird eine kritische Masse an Versicherten erreicht, die der Datenauswertung zur Risikoprofilerstellung zustimmen, könnte es zu gesundheitlichen Pauschalisierungen unter denjenigen Versicherten kommen, die ihre Zustimmung verweigern. Bei gleichen gesellschaftlichen Gesamtkosten könnten somit einzelne Personen schlechter gestellt werden (Villeneuve, 2005). Dies würde allerdings den Prinzipien der GKV widersprechen, die risikounabhängige Beiträge erhebt (Weisbrod-Frey, 2015; Rebitschek et al., 2017).

Wandel annehmen, nicht behindern

906. Die stärkere Nutzung digitaler Prozesse im Gesundheitswesen ist offenbar für das BMG von hoher Priorität. Das Gesetz für die sichere digitale Kommunikation und Anwendung im Gesundheitssektor (E-Health-Gesetz) mit dem Ziel einer stärkeren Vernetzung der Akteure auf dem Gesundheitsmarkt geht dabei in die richtige Richtung. Hierbei stellt die elektronische Patientenakte einen zentralen Baustein dar. Im Koalitionsvertrag ist festgehalten, dass der Austausch von Da-

ten und Informationen, insbesondere bei der Einführung der elektronische Patientenakte, eine vertrauenswürdige Telematikinfrastruktur benötigt. Diese muss geschaffen werden, um **Interoperabilität zwischen allen Akteuren zu erreichen**. Insbesondere bei der Schaffung von Interoperabilitätsstandards bestehen Defizite (Haas, 2017).

907. Das ambitionierte Ziel des BMG, alle Apotheken, Krankenhäuser und Arztpraxen bis Ende des Jahres 2018 an die Telematikinfrastruktur anzuschließen, dürfte nicht erreicht werden. Der Koalitionsvertrag sieht einige Maßnahmen für die Weiterentwicklung und Fortführung der E-Health-Strategie vor. Für deren Ausgestaltung und Umsetzung wurde eine **Bund-Länder-Arbeitsgruppe** eingerichtet. Sie soll bis zum Jahr 2020 Vorschläge für die Struktur der Gesundheitsberufe, beispielsweise hinsichtlich der Bedarfsplanung, Honorierung und Zulassung sowie der Qualitätssicherung unter Berücksichtigung der Telematikinfrastruktur entwickeln. Weiterhin ist vereinbart, dass die elektronische Patientenakte bis zum Jahr 2021 eingeführt sein soll.

908. Wenngleich die Potenziale der Digitalisierung zur Ausgabenreduzierung im Gesundheitswesen mannigfaltig sein dürften, lauern bei der Implementierung zahlreiche Fallstricke. Die Verfügbarkeit von Informationen hat in den vergangenen Jahren durch das Internet stark zugenommen. Zwar ermöglicht diese Entwicklung potenziell, dass Informationsasymmetrien zwischen Ärzten und Patienten abgebaut und die allgemeine Gesundheitskompetenz gestärkt werden. Jedoch sind die Informationen in der Regel schlecht kanalisiert, sodass Fehlinformationen und selektive Gesundheitsberichte nicht leicht von nützlichen Informationen zu trennen sind. Der im Koalitionsvertrag vorgesehene **Aufbau eines nationalen Gesundheitsportals** ist daher zu begrüßen.

909. Eine **effektive Steuerung von Patienten** ist notwendig, um Krankenhauskapazitäten optimal zu nutzen (SVR Gesundheit, 2018). Die geplante Ausweitung der ärztlichen Sprechzeiten und die Weiterentwicklung der Terminservicestellen sind mögliche effizienzsteigernde Maßnahmen, die wissenschaftlich evaluiert werden müssten. Die Patientensteuerung sollte die Wahlfreiheit der Patienten nicht unnötig einschränken. Um letztlich die individuelle Selbstbestimmung zu wahren, ist eine hohe Gesundheitskompetenz unerlässlich. Hier sollte daher bereits im Bildungssystem angesetzt werden.

910. Die Auswertung von großen und vernetzten personenbezogenen Daten durch Algorithmen generiert Risikoprofile auf Grundlage von menschlichem Verhalten. Sie weisen also häufig nicht bereits realisierte Tatbestände, sondern lediglich Wahrscheinlichkeiten für deren Auftreten aus (Wambach und Müller, 2018). Die betroffenen Personen werden diese Informationen unter Umständen selbst nicht kennen. Ihre Verarbeitung und Weitergabe ist somit besonders heikel, ein geeigneter **Ordnungsrahmen für diese Datennutzung** wird daher dringend benötigt. Entscheidend ist, wer welche Daten nutzen darf.

Bei der Einführung der **elektronischen Patientenakte** ist dabei zu berücksichtigen, dass basierend auf verbindlichen Standards verschiedene Produkte

am Markt angeboten werden könnten, unter denen der Patient **frei wählen** können sollte (Lux und Breil, 2017).

911. Die Ausweitung der Telemedizin und der **Telematikinfrastruktur** erfordert Investitionen in Informationstechnologien. Möglichen Kosteneinsparungen durch die Digitalisierung stehen höhere Kosten bei der betrieblichen IT-Infrastruktur gegenüber. Zur Finanzierung können dabei Mittel der Solidargemeinschaft oder Steuermittel herangezogen werden. So könnte beispielsweise die Infrastruktur für die elektronische Patientenakte aus Steuermitteln, ihr Betrieb aus Beitragseinnahmen finanziert werden (Haas, 2017).

912. Die Digitalisierung ermöglicht einen leichteren Informationsaustausch zwischen Ärzten und Patienten und verspricht bedeutende Effizienzgewinne und eine bessere gesundheitliche Versorgung. Die Anwendung von Videosprechstunden geht in die richtige Richtung, dennoch ist es aufgrund des **Fernbehandlungsverbots** (§ 7 Absatz 4 MBO-Ä) nicht möglich, Behandlungen ausschließlich über Kommunikationsmedien durchzuführen. Baden-Württemberg hat im Jahr 2016 ein Modellprojekt gestartet, in dem Online-Behandlungen mit Genehmigung der Landesärztekammer möglich sind. Diese Initiative sowie Beschlüsse zur Lockerung des Fernbehandlungsverbots durch den 121. Deutschen Ärztetag im Jahr 2018 sind Schritte zu einer Relativierung des Fernbehandlungsverbots.

913. Weiterer Handlungsbedarf besteht beim Wettbewerb unter Apotheken. Der Koalitionsvertrag sieht vor, Apotheken vor Ort durch ein Verbot des Versandhandels mit verschreibungspflichtigen Arzneimitteln zu stärken. Dies ist ein Schritt in die falsche Richtung. So sind **Online-Apotheken** mit Risiken, wie Fehlanwendungen durch Selbstmedikation, fehlende Notdienste und mögliche längere Lieferzeiten, verbunden. Allerdings dürften sie den Wettbewerb erhöhen und eine stärkere Spezialisierung erlauben. Zudem können Online-Apotheken einen Beitrag zur Versorgungssicherheit leisten und die Konsumentenzufriedenheit durch geringere Preise erhöhen. Ein Versandverbot für rezeptpflichtige Arzneimittel dürfte auf Grundlage eines EuGH-Urteils vom Oktober 2016 zudem europarechtlich zumindest fraglich sein (EuGH, 2016).

LITERATUR

Albrecht, M. (2018), Potenziale für mehr Wettbewerb im Gesundheitswesen, Expertise für den Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung, Arbeitspapier 05/2018, Wiesbaden.

Albrecht, M. und T. Al-Abadi (2018), Perspektiven einer sektorenübergreifenden Vergütung ärztlicher Leistungen, Vergütungsunterschiede an der Sektorengrenze und Ansatzpunkte zur Entwicklung sektorenübergreifender Vergütungsformen, Studie für das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland, IGES Institut, Berlin.

Albrecht, M. und K. Zich (2016), Ambulantes Potenzial in der stationären Notfallversorgung, Ergebnisbericht für das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland, IGES Institut, Berlin.

AOLG (2007), Zukunft der Krankenhausversorgung – Konzept zur Weiterentwicklung der Krankenhausversorgung unter Berücksichtigung der Finanzierungsfragen, Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden.

Aretz, B., D.I. Christofzik, U. Scheuering und M. Werding (2016), Auswirkungen der Flüchtlingsmigration auf die langfristige Tragfähigkeit der öffentlichen Finanzen, Arbeitspapier 06/2016, Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung, Wiesbaden.

Augurzky, B. et al. (2017a), Stand und Weiterentwicklung der Investitionsförderung im Krankenhausbereich, Endbericht, Gutachten im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit, RWI – Leibniz-Institut für Wirtschaftsforschung, Essen.

Augurzky, B. und I. Kolodziej (2018), Fachkräftebedarf im Gesundheitswesen 2030, Expertise für den Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung, Arbeitspapier 06/2018, Wiesbaden.

Augurzky, B., S. Krolop, A. Mensen, A. Pilny, C.M. Schmidt und C. Wuckel (2018), Krankenhaus Rating Report 2018 – Personal: Krankenhäuser zwischen Wunsch und Wirklichkeit, medhochzwei Verlag, Heidelberg.

Augurzky, B., S. Krolop, A. Pilny, C.M. Schmidt und C. Wuckel (2017b), Krankenhaus Rating Report 2017: Strukturfonds – beginnt jetzt die große Konsolidierung?, medhochzwei Verlag, Heidelberg.

Augurzky, B. und H. Schmitz (2013), Wissenschaftliche Untersuchung zu den Ursachen unterschiedlicher Basisfallwerte der Länder als Grundlage der Krankenhausfinanzierung, RWI – Leibniz-Institut für Wirtschaftsforschung, Essen.

BA (2018a), Visualisierung Fachkräftebedarf 2013 bis 2018, Bundesagentur für Arbeit, Nürnberg.

BA (2018b), Fachkräfteengpassanalyse Juni 2018 - Anlage 8.1, Engpassberufe, Blickpunkt Arbeitsmarkt, Bundesagentur für Arbeit, Nürnberg.

BA (2018c), Arbeitsmarktsituation im Pflegebereich, Berichte: Blickpunkt Arbeitsmarkt, Bundesagentur für Arbeit, Nürnberg.

BA (2018d), Arbeitsmarkt für Ausländer (Monatszahlen), Berichte: Analyse Arbeitsmarkt, Februar 2018, Bundesagentur für Arbeit, Nürnberg.

BMG (2018a), Vorläufige Finanzergebnisse der GKV 2017: Finanzreserven der Krankenkassen steigen auf Rekordwert von 19,2 Mrd. Euro, Pressemitteilung 3, Bundesministerium für Gesundheit, Berlin, 2. März.

BMG (2018b), Finanzreserven der Krankenkassen wachsen weiter auf fast 20 Milliarden Euro, Pressemitteilung 11, Bundesministerium für Gesundheit, Berlin, 21. Juni.

BMG (2018c), Antworten auf die Fragen der Bild am Sonntag, https://www.bundesgesundheitsministerium.de/presse/interviews/interviews-2018/bams-01072018.html, Bundesministerium für Gesundheit, abgerufen am 15.10.2018.

Boockmann, B., J. Fries und C. Göbel (2018), Specific measures for older employees and late career employment, Journal of the Economics of Ageing 12, 159–174.

Breyer, F. (2018), Was spricht gegen Zwei-Klassen-Medizin?, Zeitschrift für Wirtschaftspolitik 67 (1), 30–41.

Breyer, F. (2015), Demographischer Wandel und Gesundheitsausgaben: Theorie, Empirie und Politikimplikationen, Perspektiven der Wirtschaftspolitik 16 (3), 215–230.

Breyer, F., N. Lorenz und T. Niebel (2015), Health care expenditures and longevity: is there a Eubie Blake effect?, The European Journal of Health Economics 16 (1), 95–112.

Bünnings, C., H. Schmitz, H. Tauchmann und N.R. Ziebarth (2017), The role of prices relative to supplemental benefits and service quality in health plan choice, Journal of Risk and Insurance, im Erscheinen, https://doi.org/10.1111/jori.12219.

Busse, R., D. Ganten, S. Huster, E.R. Reinhardt, N. Suttorp und U. Wiesing (2016), Zum Verhältnis von Medizin und Ökonomie im deutschen Gesundheitssystem: 8 Thesen zur Weiterentwicklung zum Wohle der Patienten und der Gesellschaft, Diskussion Nr. 7, Leopoldina - Nationale Akademie der Wissenschaften, Halle (Saale).

Cutler, D.M. und M. McClellan (2001), Is technological change in medicine worth it?, Health affairs 20 (5), 11–29.

DAK (2018), DAK-Gesundheitsreport 2018, Deutsche Angestellten Krankenkasse, Hamburg.

Deutscher Bundestag (2018), Deutlich mehr ausländische Pflegekräfte, Parlamentsnachrichten, 11.06.2018, Heute im Bundestag 394/2018, Berlin.

Dörries, M., D. Gensorowsky und W. Greiner (2017), Digitalisierung im Gesundheitswesen – hochwertige und effizientere Versorgung, Wirtschaftsdienst 97 (10), 692–696.

Elmer, A. (2016), eHealth in Deutschland – Probleme, Projekte, Perspektiven, G+G Wissenschaft 16 (3), 7–13.

EuGH (2016), Vorlage zur Vorabentscheidung – Art. 34 und 36 AEUV, Urteil des Gerichtshofs (Erste Kammer) Rechtssache C‑148/15, Europäischer Gerichtshof, Luxemburg.

Fujisawa, R. und F. Colombo (2009), The long-term care workforce: overview and strategies to adapt supply to a growing demand, OECD Health Working Paper No. 44, OECD Publishing, Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung, Paris.

Gadatsch, N., K. Hauzenberger und N. Stähler (2016), Fiscal policy during the crisis: a look on Germany and the Euro area with GEAR, Economic Modelling 52 (Part B), 997–1016.

Galli, E. und S.P.S. Rossi (2002), Political budget cycles: the case of the Western German Länder, Public choice 110 (3–4), 283–303.

G-BA (2016), Vereinbarung von Sicherstellungszuschlägen für Krankenhäuser: Bundeseinheitliche Regelungen beschlossen, Pressemitteilung 46/2016, Gemeinsamer Bundesausschuss, Berlin, 24. November.

GBE (2009), Gesundheit und Krankheit im Alter, Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Eine gemeinsame Veröffentlichung des Statistischen Bundesamtes, des Deutschen Zentrums für Altersfragen und des Robert-Koch-Instituts, Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Berlin.

Geraedts, M. (2018), Strukturwandel und Entwicklung der Krankenhauslandschaft aus Patientensicht, in: Klauber, J., M. Geraedts, J. Friedrich und J. Wasem (Hrsg.), Krankenhaus-Report 2018: Bedarf und Bedarfsgerechtigkeit, Schattauer-Verlag, Stuttgart, 69–84.

Giancotti, M., A. Guglielmo und M. Mauro (2017), Efficiency and optimal size of hospitals: results of a systematic search, PloS one 12 (3).

Gigerenzer, G., J.A.M. Gray und J. Armstrong (2011), Launching the century of the patient, in: Gigerenzer, G. und J. A. M. Gray (Hrsg.), Better doctors, better patients, better decisions: Envisioning health care 2020, MIT Press, Cambridge, MA, 3–28.

GKV-Spitzenverband (2018a), Mitglieder und Versicherte GKV - PKV, https://www.gkv-spitzenverband.de/gkv_spitzenverband/presse/zahlen_und_grafiken/zahlen_und_grafiken.jsp, abgerufen am 18.9.2018.

GKV-Spitzenverband (2018b), Die gesetzlichen Krankenkassen, https://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/kv_grundprinzipien/alle_gesetzlichen_krankenkassen/alle_gesetzlichen_ krankenkassen.jsp, abgerufen am 22.10.2018.

GKV-Spitzenverband (2018c), Kennzahlen der gesetzlichen Krankenversicherung - September 2018, Berlin.

GMK (2014), Beschlüsse der 87. GMK, Gesundheitsministerkonferenz, Hamburg.

Groll, D. (2018), Gesamtwirtschaftliche Folgen der geplanten Rückkehr zur paritätischen Finanzierung in der gesetzlichen Krankenversicherung, IfW Box 2018/9, Institut für Weltwirtschaft, Kiel.

Haas, P. (2017), Elektronische Patientenakten – Einrichtungsübergreifende Elektronische Patientenakten als Basis für integrierte patientenzentrierte Behandlungsmanagement-Plattformen, Expertise im Auftrag der Bertelsmann Stiftung, Gütersloh.

Haucap, J., M. Coenen und I. Loebert (2016), Bestandsaufnahme zum Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA), Studie im Auftrag der Stiftung Münch, Projektbericht, München.

HiMSS (2017), Electronic medical record adoption model (EMRAM) score distribution – European countries, status as of Q4/2016, Leipzig.

Kallweit, M. und A. Kohlmeier (2012), Zusatzbeiträge in der Gesetzlichen Krankenversicherung: Weiterentwicklungsoptionen und ihre finanziellen sowie allokativen Effekte, Arbeitspapier 06/2012, Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung, Wiesbaden.

Kopetsch, T. (2006), Gilt Roemer's Law auch in Deutschland?, Jahrbücher für Nationalökonomie und Statistik 226 (6), 646–669.

Kristensen, T., K.R. Olsen, J. Kilsmark und K.M. Pedersen (2008), Economies of scale and optimal size of hospitals: empirical results for Danish public hospitals, Health Economics Paper 2008/13, Syddansk Universitet, Odense.

Kumar, A. und M. Schoenstein (2013), Managing hospital volumes: Germany and experiences from OECD countries, OECD Health Working Paper No. 64, OECD Publishing, Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung, Paris.

Leber, W.-D. und D. Scheller-Kreinsen (2018), Von der Landesplanung zur algorithmischen Marktregulierung, in: Klauber, J., M. Geraedts, J. Friedrich und J. Wasem (Hrsg.), Krankenhaus-Report 2018: Bedarf und Bedarfsgerechtigkeit, Schattauer-Verlag, Stuttgart, 101–130.

Leinert, J., M.M. Grabka und G.G. Wagner (2004), Bürgerprämien für die Krankenversicherungen als Alternative zu den Reformvorschlägen Kopfpauschale und Bürgerversicherung, Studie, Hans-Böckler-Stiftung, Berlin.

Loos, S., M. Albrecht, G. Schiffhorst, R. Ochmann und M. Möllenkamp (2016), Faktencheck Krankenhausstruktur: Spezialisierung und Zentrenbildung, Studie, IGES Institut im Auftrag der Bertelsmann Stiftung, Gütersloh und Berlin.

Lux, T. und B. Breil (2017), Digitalisierung im Gesundheitswesen: bessere Versorgungsqualität trotz Kosteneinsparungen, Wirtschaftsdienst 97 (10), 687–692.

Mansky, T., D. Drogan, U. Nimptsch und C. Günster (2017), Eckdaten stationärer Versorgungsstrukturen für ausgewählte Krankheitsbilder in Deutschland, in: Dormann, F. und J. Klauber (Hrsg.), Qualitätsmonitor 2017, Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin, 165–216.

Mindestlohnkomission (2016), Erster Bericht zu den Auswirkungen des gesetzlichen Mindestlohns, Bericht der Mindestlohnkommission an die Bundesregierung nach §9 Abs. 4 Mindestlohngesetz, Berlin.

Monopolkommission (2017), Stand und Perspektiven des Wettbewerbs im deutschen Krankenversicherungssystem, Sondergutachten 75, Monopolkommission, Bonn.

Monopolkommission (2008), Weniger Staat, mehr Wettbewerb – Gesundheitsmärkte und staatliche Beihilfen in der Wettbewerbsordnung, Hauptgutachten XVII, Bonn.

OECD (2017a), Health at a glance 2017: Key findings for Germany, OECD Publishing, Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung, Paris.

OECD (2017b), Health at a glance 2017: OECD indicators, OECD Publishing, Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung, Paris.

OECD und EU (2016), Health at a glance: Europe 2016 – State of health in the EU cycle, OECD Publishing, Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung, Paris.

OECD und European Observatory on Health Systems and Policies (2017), Deutschland: Länderprofil Gesundheit 2017, State of health in the EU, OECD Publishing, Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung, Paris / European Observatory on Health Systems and Policies, Brüssel.

Papanicolas, I., L.R. Woskie und A.K. Jha (2018), Health care spending in the United States and other high-income countries, Journal of the American Medical Association 319 (10), 1024–1039.

Preusker, U., M. Müschenich und S. Preusker (2014), Darstellung und Typologie der Marktaustritte von Krankenhäusern Deutschland 2003 - 2013, Gutachten im Auftrag des GKV-Spitzenverbandes, Preusker Health Care OY, Berlin.

Rebitschek, F.G., G. Gigerenzer und G.G. Wagner (2017), Kritische Voraussetzungen für ein digitales Gesundheitswesen in Deutschland, Wirtschaftsdienst 97 (10), 699–703.

Reifferscheid, A., N. Pomorin und J. Wasem (2015), Ausmaß von Rationierung und Überversorgung in der stationären Versorgung, Deutsche Medizinische Wochenschrift 140 (13), 129–135.

Riedler, K. (2016), Entwicklungen im Bereich der Telemedizin: Beispiele aus Europa, Zeitschrift für Gesundheitspolitik 3/2016, 47–74.

RKI (2015), Kapitel 9: Welche Auswirkungen hat der demografische Wandel auf Gesundheit und Gesundheitsversorgung?, in: RKI (Hrsg.), Gesundheit in Deutschland 2015 – Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gemeinsam getragen von RKI und Destatis, Robert Koch Institut, Berlin, 432–455.

Roemer, M.I. (1961), Bed supply and utilization: a natural experiment, Hospitals 35, 36–42.

Schmitz, H. (2017), Preis, Service oder Leistungen: Was beeinflusst besonders die Krankenkassenwahl von gesetzlich Versicherten?, in: Adolph, T., O. Everling und M. Metzler (Hrsg.), Krankenversicherung im Rating, Springer Fachmedien, Wiesbaden, 279–295.

Schmitz, H. und N.R. Ziebarth (2017), Does price framing affect the consumer price sensitivity of health plan choice?, Journal of Human Resources 52 (1), 88–127.

Schreyögg, J. (2017), Vorschläge für eine anreizbasierte Reform der Krankenhausvergütung, in: Klauber, J., M. Geraedts, J. Friedrich und J. Wasem (Hrsg.), Krankenhaus-Report 2017. Schwerpunkt: Zukunft gestalten, Schattauer, Stuttgart.

Schreyögg, J., M. Bäuml, J. Krämer, T. Dette, R. Busse und A. Geissler (2014), Forschungsauftrag zur Mengenentwicklung nach § 17b Abs. 9 KHG, Endbericht, Hamburg Center for Health Economics.

Statistisches Bundesamt (2016), Tarifbindung in Deutschland - 2014, Wiesbaden.

Stichnoth, H. und M. Yeter (2016), Cultural influences on the fertility behavior of first- and second-generation immigrants, Journal of Demographic Economics 82 (3), 281–314.

Sundmacher, L., D. Fischbach, W. Schuettig, C. Naumann, U. Augustin und C. Faisst (2015), Which hospitalisations are ambulatory care-sensitive, to what degree, and how could the rates be reduced? Results of a group consensus study in Germany, Health Policy 119 (11), 1415–1423.

SVR Gesundheit (2018), Bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung, Gutachten 2018, Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, Bonn/Berlin.

SVR Gesundheit (2015), Krankengeld – Entwicklung, Ursachen und Steuerungsmöglichkeiten, Sondergutachten, Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, Bonn/Berlin.

SVR Gesundheit (2014), Bedarfsgerechte Versorgung – Perspektiven für ländliche Regionen und ausgewählte Leistungsbereiche, Gutachten 2014, Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, Bonn/Berlin.

Verbraucherzentrale NRW (2015), Bonusprogramme der gesetzlichen Krankenkassen – Anreiz für gesundheitsbewusstes Verhalten oder Prämienzahlung für Gesunde?, Untersuchung, Verbraucherzentrale Nordrhein-Westfalen, Düsseldorf.

Villeneuve, B. (2005), Competition between insurers with superior information, European Economic Review 49 (2), 321–340.

Wambach, A. und H.C. Müller (2018), Digitaler Wohlstand für alle: Ein Update der Sozialen Marktwirtschaft ist möglich, Campus Verlag, Frankfurt/New York.

Weisbrod-Frey, H. (2015), Digitalisierung im Gesundheitswesen, in: ver.di – Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft Bereich Innovation und Gute Arbeit (Hrsg.), Gute Arbeit und Digitalisierung – Prozessanalysen und Gestaltungsperspektiven für eine humane digitale Arbeitswelt, 1. Auflage, Berlin, 126–135.

Werding, M. (2018), Demographischer Wandel, soziale Sicherung und öffentliche Finanzen: Langfristige Auswirkungen und aktuelle Herausforderungen, Expertise, Bertelsmann Stiftung, Gütersloh.

Wissenschaftlicher Beirat beim BMF (2018), Über- und Fehlversorgung in deutschen Krankenhäusern: Gründe und Reformoptionen, Wissenschaftlicher Beirat beim Bundesfinanzministerium der Finanzen, Berlin.

Wissenschaftlicher Beirat RSA (2018), Gutachten zu den regionalen Verteilungswirkungen des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs, Wissenschaftlicher Beirat zur Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs beim Bundesversicherungsamt, Bonn.

Wissenschaftlicher Beirat RSA (2017), Sondergutachten zu den Wirkungen des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs, Wissenschaftlicher Beirat zur Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit, Bonn.

Zich, K. und T. Tisch (2018), Faktencheck Rücken - Rückenschmerzbedingte Krankenhausaufenthalte und operative Eingriffe, Studie des IGES Instituts für die Bertelsmann-Stiftung, Berlin/Gütersloh.