

# **Zu wenig Freiheit oder zu viele Gruppenegoismen? –**

Woran hakt es bei der Weiterentwicklung der integrierten  
Selektivversorgung?

**Dr. Robert Paquet**

Freier Journalist, OBSERVER-Gesundheit, Berlin

**17. DGIV-Bundeskongress**  
am 29. Oktober 2020 in Berlin

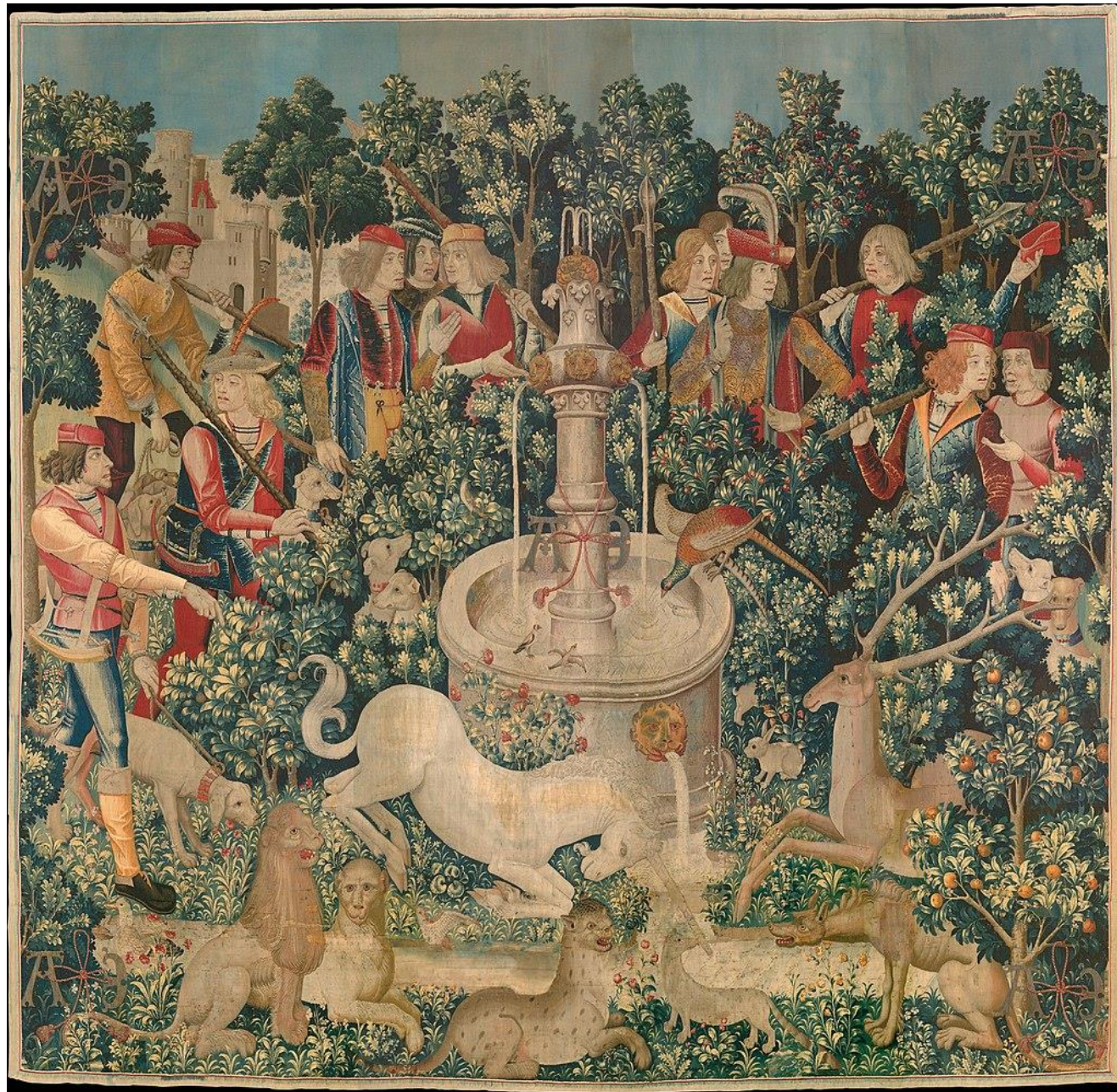
# Ausblick

- Mein Rückblick von 2018 – gleiches Ergebnis?
- Blockade der Selektivverträge (trotz IPReG-ÄA und GPVG). Widersprüche und Missverständnisse
- Ursprüngliche Hoffnungen auf den „großen“ Wurf mit wettbewerblichen „ersetzenden“ Selektivverträgen?
- DAK/IGES schon 2015: „ergänzende Selektivität“
- Nur noch „kleine Schrittinnovationen“ ... die Logik des Innovationsfonds. Staatliche Förderung statt Wettbewerb
- Drei sehr konkrete Aufgaben ...
- Das neue populationsbezogene Regionalkonzept – bringt das die „Wende“? (Ansatz der Grünen ...) – wäre ein eigener Vortrag.

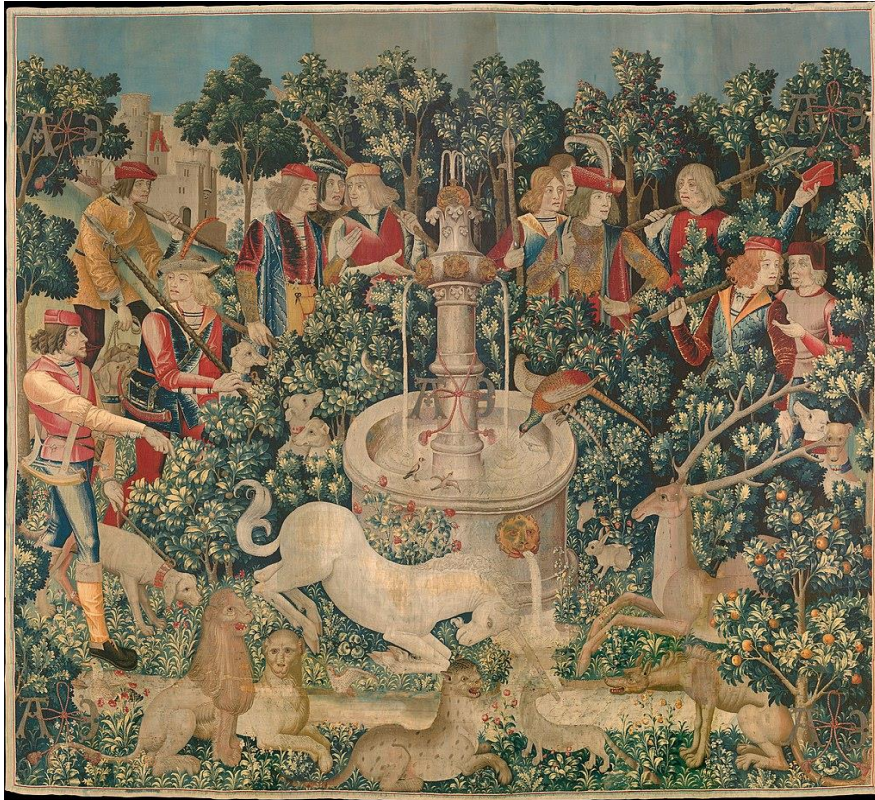
# Zusammenfassung meines Vortrags 2018

Rückblick auf die Koalitionsverträge der letzten 20 Jahre und  
die daraus folgenden Gesetze

- „Der große Durchbruch (für IV) lässt noch auf sich warten.“ (Knieps/Reiners 2015)
- Desillusionierung zum Kassenwettbewerb
- Stabilität des Kollektivvertragssystems unterschätzt.
- Zentrale Bedeutung des Honorarsystems.
- Fazit: Man kommt nur weiter mit evolutionären „Trippelschrittchen“.



Quelle: [https://de.wikipedia.org/wiki/Einhorn#/media/Datei:The\\_Hunt\\_of\\_the\\_Unicorn\\_Tapestry\\_1.jpg](https://de.wikipedia.org/wiki/Einhorn#/media/Datei:The_Hunt_of_the_Unicorn_Tapestry_1.jpg) – Meister der Einhornjagd um 1500



Das Einhorn symbolisierte im ausgehenden Mittelalter das Gute (u.a. die Jungfrau Maria) und war daher ein attraktives Projektionsobjekt.

# Thesen

Wir jagen nach einem Phantom (IV) mit ungeeigneten Mitteln.

(wettbewerbliche Selektivverträge)

IV ist kein „großer Wurf“, sondern ein kleinteiliges Mosaik, die Summe aus vielen kleinen Schritten

Die zwei Sektoren (ambulant/stationär) wird es immer geben und mit eigenen Gesetzmäßigkeiten. Weitere Sektoren zu konstruieren ist ein fragwürdiges Projekt.

Es gibt aber Abstimmungsbedarf; und der ist punktuell und konkret. Um hier mehr zu erreichen, braucht man einen neuen gesetzgeberischen Anlauf.

# Warum Erfolge bisher so dürftig

- Überspannte Erwartungen.
- Allen (potentiell) Beteiligten geht es zu gut. Kassen und Leistungserbringer leben mit den Kollektivverträgen insgesamt recht komfortabel.
- Daher müss(t)en die Kassen Leistungserbringer in der Regel durch höhere Vergütungen aus der „Regelversorgung“ herauskaufen.
- Außerdem sind dafür **Investitionen**, ein komplexer Entwicklungsaufwand und die Gewinnung von Vertragspartnern erforderlich.
- Das führt am Schluss immer zu einer Kosten-Nutzen-Abwägung.

# Ohne Verbindlichkeit geht nichts

- Angesichts der rechtlichen Privilegierung der „Regelversorgung“ gilt nämlich:
- Ohne eine verbindliche Einschreibung der Versicherten in ein Selektivvertragsmodell wird es nicht zu einer Alternative der „Regelversorgung“ werden können.
- Verbindlichkeit muss in unserer Gesellschaft mit finanziellen Konsequenzen (mit bestimmten Fristen) verbunden sein. Ohne **Wahltarife** bleiben Vertragsmodelle für die Versicherten beliebig.
- Das gleiche gilt für die Leistungserbringer.

# Die BDA hält die Fahne hoch

## (Verbindlichkeit durch Wahltarife)

IV bzw. die Organisation „sektoren- und fachübergreifende Zusammenarbeit“ Den bisherigen Selektivverträgen sei dies nur punktuell gelungen. Der entscheidende Hebel für eine Veränderung sei aber die **Unterscheidung von Tarifen in der GKV**. Wer sich für das „Netzwerk“ entscheide, zahle einen günstigeren Tarif als der Versicherte, der die Möglichkeit der freien Arzt- und Krankenhauswahl beibehält (56). Solche **Managed-Care-Tarife enthielten ausreichende Einsparpotentiale**, erhofft sich die Kommission. Der wissenschaftliche Beirat beim Bundesministerium der Finanzen gehe von bis zu 20 Prozent der Gesundheitsausgaben aus, “und zwar ohne Einbußen beim medizinischen Nutzen“ (57).

(BDA-Kommission (Vorsitz Prof. Werding): Zukunft der Sozialversicherungen, 29.07.2020, GKV-Kapitel von Prof. Wolfram Richter ...)

Diese Idee ist schon lange nicht mehr politisch aufgegriffen worden!

# Missverständnisse

- Seit Ulla Schmidt geht die politische Argumentation i.a. davon aus, dass integrierte Versorgung im Ergebnis Kosten einspart.
- Die „opportunity-costs“ der Verträge (Einstiegs(?)-Investitionen, Konzeption und Suche nach Vertragspartnern) werden schnell amortisiert.
- Das ist **weder nachgewiesen noch plausibel**: Z.B. die wiss. Identifikation von ambulant-sensitiven KH-Leistungen beweist nicht, dass man sie tatsächlich ambulant günstiger erbringen kann.
- Es ist auch schädlich für das **Marketing** solcher Modelle: Versicherte wollen nicht, dass an ihnen gespart wird.
- Für Leistungserbringer führen auch die „überflüssigen“ Leistungen zu Einkommen/Gewinnen und „Erlösen“!

# weitere Widersprüche

- Wenn man den Leistungserbringern mehr bezahlen muss, den Versicherten aber Einsparungen in Aussicht stellt ist das ein unauflösliches **double-bind**: also unglaubwürdig.
- Integrierte Versorgungsmodelle müssten eigentlich für die Versicherten als bessere Versorgung mit einem teureren „DeLuxe“-Tarif in Rechnung gestellt werden.
- Auch das würde zu einem Glaubwürdigkeitsproblem führen, weil ja bereits die „Regelversorgung“ den Anspruch hat, „optimal“ zu sein.

# Grundprobleme

- Daraus geht hervor, dass es eine ernsthafte (also nicht nur marginale\*) Alternative zur „Regelversorgung“ mit wettbewerblichen Selektivverträgen nicht geben wird.
- Unsere Gesundheitspolitiker aller (!) Parteien finden es unerträglich, wenn es **Unterschiede in der Versorgung** gäbe. „Gleichheit“ ist hier Dogma. Daher kann und darf sich keine „Alternative“ entwickeln, und schon gar nicht **wettbewerblich**. Nur in homöopathischen Dosen unter der Kontrolle des **Innovationsfonds**. Das ist seine Logik.
- Außerdem wollen die Politiker **die Versicherten nicht binden**. Diese sollen auch kurzfristig die Kasse und das Vertragsmodell wechseln können. Mit dieser Mentalität, die sich im Laufe der letzten 15 Jahre noch verstärkt hat, sind keine (ersetzenden) Selektivverträge zu machen. \* z.B. „Kinzigtal“

# Heilige Kühe

- **Freie Kassenwahl,**  
(keine Bindungsfristen)
- **Freie Arztwahl**  
(Sonderfall HzV Ba-Wü kann hier nicht näher diskutiert werden)
- **Gleichheit der Versorgung** (für alle, in allen Kassen und überall in Stadt und Land)

# Innovationen im Wettbewerb

- Die ursprüngliche **Idee** ist (war), mit neuen Organisationsformen, Behandlungsmodellen etc. voranzugehen und sie zu erproben.
- Das **Leistungsversprechen des SGB V** soll dabei eingehalten werden, aber mit unterschiedlicher Gestaltung/**Versorgungsorganisation**. (Schon das ist angesichts des Detaillierungsgrades unserer gesetzlichen (und G-BA) Regelungen eine schwierige Anforderung).
- Unterschiede müssten dabei über einen **längeren Zeitraum „gelebt“** werden können. Sonst ist ein Wirkungsvergleich nicht möglich.
- Nach dem **Vergleich der Modelle entscheiden sich Versicherte** (und ggf. Leistungserbringer) für oder gegen die neuen Modelle.
- Bei Erfolg entsteht ein **Imitationswettbewerb** der Kassen. Die „besseren“ Modelle setzen sich allmählich durch.
- Von dem **Bewertungsproblem** (wissenschaftliche Versorgungsforschung, Randomisierung, Rolle finanzieller Anreize für die Präferenzen der Versicherten, mediale und ideologische Confounder etc.) sehen wir hier einmal ab.

# Abschied vom wettbewerblichen Ansatz?

Herbert Rebscher (Hg.): „Update: Solidarische Wettbewerbsordnung“, DAK-Schriftenreihe Band 11

- Schon 2015 wurde festgestellt, dass der (auch punktuelle) **Ersatz des Kollektivvertrags** durch selektivvertragliche Lösungen **nicht realistisch** ist. Das Modell der „solidarischen Wettbewerbsordnung“ (1993f.) brauchte eine Revision.
- Im „Update“ hieß es u.a.: Das Problem der „**Marktspaltung** wurde unterschätzt“: 20% der Versicherten verursachen 80% der Leistungskosten. **Wahltarife/Boni etc. führen zur Risikoselektion.**
- Die „Lösung“ ist , den **Wettbewerb der Kassen auf Ergänzungen des Kollektivvertrags** zu beschränken, um die „Innovationsfähigkeit des Systems“ und eine „experimentelle Kultur“ zu erhalten (S.10).
- „Kleine Brötchen“ statt „Vertragswettbewerb in der GKV“ (wie noch von Cassel/Ebsen et al. 2008 konzipiert).

# „Selektivverträge – gemischte Zwischenbilanz“

IGES im gleichen Band

- „Ist Wettbewerb noch Leitbild?“
- „Vertrauen in die Rolle der Krankenkassen als Versorgungsgestalter schwindet.“
- **„Ergänzende Selektivität“ als (neues) Leitbild.**
- Das führt letztlich hin zum **Innovationsfonds.**
- 2015 jedoch noch gedacht als **kassenindividuelles Innovationsbudget** (0,5%), das die Kassen wettbewerblich einsetzen sollen.

# Der Weg des Innovationsfonds ist ‚governemental‘

- Ein Konzept „pfadabhängiger“ Trippelschrittchen: **kontrolliert, nicht wettbewerblich**. Also evolutionär.
- „echte“ IV wäre ein „Systembruch“ (institutionell, vergütungstechnisch etc.) – Jetzt „**Modellversuche**“ ...
- Alle Beteiligten schreiben kleinteilige Themen aus. **Ziel** ist explizit die Einbindung in die „**Regelversorgung**“. Die Logik des NUB-Ausschusses, nur mit Schwerpunkt auf die Organisation und Abstimmung der Leistungen.
- Die Projektliste des Innovationsausschusses weist nur vier Evaluationen zur IV aus (Versorgungsforschung), zu „kleinen“ Projekten wie „Kinzigtal“, psychiatrische Fälle Schizophrenie und Depressionen („Drehtür“-Problem)

# Innovationsfonds

(Beispiel einer Bewertung)

- „Seit seiner Einrichtung im Jahre 2016 entwickelte sich der Innovationsfonds zum **zentralen Treiber** für Innovationen im Gesundheitswesen.“ (PM der BPtK vom 6.10.2020). Nicht die Selektivverträge!
- „Insbesondere, **wenn Krankenkassen sich für innovative, sektorübergreifende Versorgungsformen** oder auch patientennahe Versorgungsforschung **engagieren** wollen, **scheinen sie sich auf Projekte beim Innovationsfonds zu konzentrieren, den sie anteilig finanzieren.**“ (BPtK-Studie: „Der Innovationsfonds und die Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen“ vom 6.10.2020, Seite 7)
- Selektivverträge spielen dabei eine Rolle, aber nur formal, nicht wegen ihrem wettbewerblichen Potential.

# Erleichterungen durch das GPVG

- Die Änderungen aus dem 140a Komplex dienen vor allem dazu, Selektiv-Verträge zu ermöglichen. Und d.h., die **Aufsicht (meist das BAS) in die Schranken zu weisen**. Unter anderem:
  - „revolutionärer“ Wegfall des **Nachweises von Einspareffekten**
  - Möglichkeit der Beauftragung „Dritter“ („**Wesentlichkeitsgrundsatz**“ §197b SGB V)
  - Regionale Versorgung
  - Selektivverträge auch für „Nikolaus-Fälle“
- Einschränkung der Selektiv-Verträge auf zugelassene Vertragspartner wird gelockert. Das entspricht der ursprünglichen Intention des Gesetzgebers.
- Außerdem wird die Intention der (sektorenübergreifende) Integration der Versorgung, die ja ebenfalls an der Wiege der Selektivverträge stand, besser ermöglicht. Pflegedienste, Rehakliniken, Medizinproduktehersteller und Anbieter **digitaler Dienste** etc. können jetzt explizit einbezogen werden.
- Ergebnis: **sehr erfreuliche Verbesserungen, aber zu spät?** Jedenfalls gibt es im BMG noch Befürworter des Wettbewerbs. Davon hatte man lange nichts mehr gemerkt.

# Phasenwechsel?

- Die Phase (>25 Jahre), in der man sich bemühte, dem **Kassenwettbewerb eine Rationalität einzuhauchen**, bzw. ihn versorgungspolitisch funktional zu machen, nähert sich dem Ende. (RSA-Reformen haben sich erschöpft.)
- Politik wendet sich vom Wettbewerbsmodell ab, misstraut den Kassen und reguliert zunehmend zentral und detailfreudig (G-BA etc.).
- Eine neue Phase kündigt sich an: Regionale (**für alle Kassen einheitliche**) und sektorenübergreifende Planungskonzepte (**populationsorientiert**); Wettbewerb der Regionen, für die versucht wird (Die GRÜNEN), unterschiedliche Versorgungsorganisationen aufzubauen; mit regionalen Budgets? – Das wäre ein **völlig neuer Reformansatz**.

# Alternative A: Mit dem Krankenhaus voran!

- Die naheliegende Integration wäre **die (generelle oder sehr weitgehende) Öffnung der Krankenhäuser für die ambulante Versorgung** (über die §§ 115 – 119 und die MVZ-Gründung durch Krankenhäuser etc. hinaus). Z.B. Auftrag zur Neudefinition des **ambulanten Operierens**.
- Aber seit fast 50 Jahren gilt „so viel ambulant wie möglich, so viel stationär wie nötig“ !
- Die ambulante Versorgung ist seit Jahrzehnten unglaublich erfolgreich. Jenseits der Spitzenmedizin in Uni-Kliniken und großen und spezialisierten Krankenhäusern laufen niedergelassene Fachärzte den Krankenhäusern vielfach den Rang ab und gewinnen die Patienten.
- **Bisher leider keine überzeugenden Ansätze zu einer Verbesserung der KH-Strukturen** (auch der „Strukturfonds“ hat bisher so gut wie nichts bewirkt).
- Man würde das Spezifikum des deutschen Versorgungssystems aufgeben: Nämlich ein ausgebautes und immer **leistungsfähigeres System der ambulanten fachärztlichen Versorgung**, zugunsten eines schlecht strukturierten und oft ineffizienten Krankenhausangebots.
- Erfahrungen aus der **Corona-Pandemie**: „Das Krankenhaus ist ein gefährlicher Ort“ (Reinhard Busse am 1.10. beim KBV-Web-Kongress).

# Alternative B: ambulante Versorgung verlängert sich ins Krankenhaus!

- Ein mühsamer Prozess. Der kommende Effizienzdruck löst vielleicht etwas aus?
- Elemente (jeweils mit **politischem Reformbedarf im Sinne „mehr Freiheiten“**/Abbau von Überregulierung):
  - ASV (z.Z. „totreguliert“)
  - Belegarztwesen
  - Praxiskliniken
  - MVZs (med.-technische Zentren)
  - „Integrierte Versorgungszentren“
  - Tageskliniken
  - Ambulantisierung weitet den „intermediären“ Bereich aus.
- Leider (bisher) auch in dieser WP keine echten Fortschritte

# Drei praktische Aufgaben

1. **Entlassmanagement**
2. **Notfallversorgung** (nach SVR-Konzept; Problem bleibt, welcher „Sektor“ das letzte Wort hat)
3. **Schnittstelle Akutversorgung und Pflege** (Heimartzkonzepte etc.)
  - Durch **TI und ePA** werden die kommunikativen und Informations-**Voraussetzungen verbessert.**
  - **Größere Fortschritte** in diesen drei Bereichen gibt es aber **nur mit bundesgesetzlichen Regelungen** (SGB, KHG etc.). Die Selbstverwaltung wird das nur schaffen, wenn sie dafür gut durchdachte politische Aufträge und Rahmenbedingungen erhält.

# Überwindung der Sektorengrenzen – Erkenntnisse aus der Corona-Krise?

- Die Krise zeigt die Stärken **und** Schwächen unseres Gesundheitswesens.
- Die Schulden-Bazooka kommt schnell an ihre Grenzen. Ab 2021 werden die Einnahmen der GKV die Ausgaben immer weniger decken (die „**demographische Pause**“ ist beendet). Der „**Fachkräftemangel**“ nimmt rapide zu.
- **Daher mehr Zwang zur Effizienz**; die einzelnen Kassen haben aber keine finanziellen Spielräume mehr. (demnächst Kostendämpfung?)
- **Wann wirken Krisen konservativ oder revolutionär?**
- Der Streit der Sektoren geht weiter: **Abgrenzungen haben sich eher verfestigt. Krankenhäuser glauben, Oberwasser zu haben.**
- Gesetz zur **Notfallversorgung wird zurückgestellt**. (Leere Rettungsstellen zeigen die Fehlansprache; viele aufgeschobenen OPs werden nicht nachgeholt; ambulante Leistungen in KH sind eingebrochen).
- **Grundsatz „ambulant vor stationär“ als richtig bestätigt.**



QVIS METVS, AVT PVDOR EST VNQVAM PROPERANTIS AVARI?  
 Eene beleeftheyt scaemte noch godlyck vermaen En siet die scrapende ghierichheyt niet aen

# Zu wenig Freiheiten oder Gruppenegoismen?

- Nicht moralisieren, sondern die gegebenen **Interessen für punktuelle Fortschritte funktional nutzen** (Anreize).
- **Mehr Freiheiten sind nötig**, aber keine überspannten Erwartungen. Man muss die Politik überzeugen (**Pfadabhängigkeit**)
- Bleibt als **Fazit: Die Mühen der Ebene: Fortschritt in kleinen Schritten.**

# Vielen Dank für die Aufmerksamkeit!

- **Dr. Robert Paquet**, Duisburger Str. 7, 10707 Berlin
- Fon: (030) 88 68 07 34, Mobil: (0171) 658 18 45
- [rp@robert-paquet.de](mailto:rp@robert-paquet.de) [www.robert-paquet.de](http://www.robert-paquet.de)