

Dietmar Lange

REFORM DER KRANKENHAUS- FINANZIERUNG

Die Vorschläge der Regierungskommission und
der Einfluss neoliberaler Gesundheitsökonom*innen



DIETMAR LANGE ist seit einigen Jahren im gesundheitspolitischen Bereich aktiv, vor allem im Rahmen der Streiks für mehr Personal an den Berliner Krankenhäusern. Zurzeit leitet er die Geschäftsstelle des Bündnisses Krankenhaus statt Fabrik.

IMPRESSUM

ONLINE-Studie 7/2023

wird herausgegeben von der Rosa-Luxemburg-Stiftung

V. i. S. d. P.: Alrun Kaune-Nüßlein

Straße der Pariser Kommune 8A · 10243 Berlin · www.rosalux.de

ISSN 2749-3156 · Redaktionsschluss: Juli 2023

Lektorat: Text-Arbeit, Berlin

Layout/Satz: MediaService GmbH Druck und Kommunikation

Diese Publikation ist Teil der Öffentlichkeitsarbeit der Rosa-Luxemburg-Stiftung.
Sie wird kostenlos abgegeben und darf nicht zu Wahlkampfzwecken verwendet werden.

INHALT

1 Einleitung	4
2 Neoliberale Akteure im Gesundheitswesen	5
2.1 Unternehmensnahe Stiftungen	5
2.2 Die Mitglieder der Regierungskommission	6
3 Gesundheitspolitische Analysen und Konzepte von Augurzky und Busse	9
3.1 Die Erzählung: Krisenursache demografischer Wandel und Überkapazitäten	9
3.2 Die Lösung: Effizienzsteigerung	12
4 Die Vorschläge der Regierungskommission	17
4.1 Reformvorschläge und neoliberale Ansätze	18
4.2 Die Umsetzung: Krankenhausplanung und Strukturreform	22
5 Fazit	24
Literatur	25
Abkürzungsverzeichnis	28

1 EINLEITUNG

Bereits seit einigen Jahren wird die Krankenhausfinanzierung mittels Fallpauschalen (Diagnosis Related Groups, DRGs) kritisiert. Diese Kritik hat sich im Zuge der Coronapandemie noch verstärkt. In Medien und Politik stehen insbesondere der Anreiz zur Leistungsausweitung der Krankenhäuser (sie behandeln vor allem ökonomisch lukrative Fälle, und davon mehr als medizinisch notwendig) und die Nichtberücksichtigung von Vorhaltekosten im Fokus. Dabei wird oft das Beispiel der Feuerwehr, die auch nicht pro Einsatz bezahlt wird, herangezogen. Die 2021 neu angetretene Bundesregierung aus SPD, Bündnis 90/Die Grünen und FDP verspricht in ihrem Koalitionsvertrag, Abhilfe zu schaffen (SPD/Bündnis 90/Die Grünen/FDP 2021: 67). Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach rief speziell für die Ausarbeitung von Reformvorschlägen eine Expertenkommission zusammen. Seine Ankündigung erweckt den Eindruck eines bevorstehenden Systemwechsels: «Die Medizin wird wieder in den Vordergrund gestellt und folgt nicht mehr der Ökonomie.» (tagesschau 2022)

Bei genauerer Analyse der Vorschläge der Kommission offenbart sich jedoch, dass es sich bei der angekündigten «radikalen Entökonomisierung» um einen Etikettenschwindel handelt: Die DRGs werden in reduzierter Form beibehalten, die Vorhaltefinanzierung erfolgt nicht kostendeckend und zweckgebunden, sondern wieder in Form von Pauschalen, die weiterhin Kostendruck erzeugen. Der Eindruck entsteht, «dass das DRG-System in Wirklichkeit gar nicht geschwächt, geschweige denn überwunden, sondern nur publikumswirksam aufgehübscht werden soll», schreibt das Bündnis Krankenhaus statt Fabrik in einer Bewertung der Vorschläge (Krankenhaus statt Fabrik 2023a: 13). Es wird jedoch noch etwas anderes deutlich: Die Vorschläge zur Finanzierungsreform werden mit sehr weitgehenden Plänen für eine Strukturreform der Krankenhauslandschaft verknüpft, die von neoliberalen Ökonom*innen und Lobbygruppen schon seit Jahren gefordert und in die Diskussion um die Ökonomisierung im Gesundheitswesen als alternative Deutungsangebote und Lösungsansätze ins Spiel gebracht werden.

Kritik an den Vorschlägen versucht Lauterbach durch den Hinweis auf die «Wissenschaftlichkeit» und «Objektivität» der Kommission zu delegitimieren, wie bei einer Aktuellen Stunde im Bundestag am 15. Dezember 2022, als er dem gesundheitspolitischen Sprecher der LINKEN, Ates Gürpınar, entgegnete: «Sie glauben, dass Ihre Vorschläge besser sind als die Vorschläge der Wissenschaft? Das ist eine Missachtung der Wissenschaft. Was glauben Sie denn, wer Sie sind? Wir folgen der Wissenschaft.» (Deutscher Bundestag 2022: 9076) Bereits zuvor

hatte Lauterbach betont, dass die Kommission ihre Vorschläge frei von der Einflussnahme durch Interessenverbände und Lobbygruppen erarbeite, woraus der Anspruch abgeleitet wird, dass sie die bestmöglichen Ergebnisse für eine bedarfsgerechte und gute Gesundheitsversorgung liefere (BMG 2022a).

Ein Blick auf die Zusammensetzung der Kommission zeigt indes, dass hier auch prominente Gesundheitsökonom*innen mitwirken, die gut in neoliberalen Thinktanks und Stiftungen vernetzt sind und die Ökonomisierung der vergangenen Jahre maßgeblich mit vorangetrieben haben. Sie vertreten also nicht *die* Wissenschaft, sondern die aktuelle Variante neoliberaler Gesundheitsökonomie, deren Wissenschaftlichkeit mit gutem Grund in Zweifel gezogen werden kann. Zudem haben auch Interessenverbände wie die gesetzlichen Krankenversicherungen Positionspapiere veröffentlicht, die zu weiten Teilen Eingang in die Vorschläge gefunden haben.

Vor diesem Hintergrund untersucht das vorliegende Papier, welcher Einfluss in den Vorschlägen der Regierungskommission für eine Reform der Krankenhausfinanzierung ausgemacht werden kann und welche Vorstellungen und Interessen dahinterstehen. Hierzu wird die Zusammensetzung der Kommission in den Blick genommen und der Frage nachgegangen, in welchen Netzwerken ihre Mitglieder aktiv sind und welche Positionen sie in der Vergangenheit einnahmen. Der Fokus liegt dabei auf den Gesundheitsökonom Boris Augurzky und Reinhard Busse, die die Diskussion um die Reform der Krankenhauslandschaft in den zurückliegenden Jahren maßgeblich mitgeprägt haben. Ihre Veröffentlichungen werden ausgewertet und daraufhin analysiert, wie sich ihre Positionen in die Reformvorschläge der Kommission übersetzt haben und welche Zielvorstellungen und weitergehenden gesundheitspolitischen Perspektiven sich darin ausmachen lassen.

Im ersten Teil des Papiers werden das Feld der Gesundheitspolitik und die dort agierenden neoliberalen Akteure skizziert und die Kommission näher in den Blick genommen. Im zweiten Teil werden die Konzepte und Analysen von Augurzky und Busse nachgezeichnet, die sie zuletzt in die Diskussion eingebracht haben. Im dritten Teil wird schließlich untersucht, wie die Reformvorschläge vor dem Hintergrund der vorangegangenen Analysen zu interpretieren sind und wie ihre Umsetzung aussehen könnte. Abschließend werden die Ergebnisse zusammengefasst und einige zentrale Widersprüche in den neoliberalen Reformkonzepten diskutiert, um mögliche Ansätze für Alternativen auszumachen.

Als Quellen wurden die Veröffentlichungen der Kommissionsmitglieder, wissenschaftliche Aufsätze,

Studien und Positionspapiere, aber auch Interviews, Reportagen und Fernsehsendungen herangezogen. Zum Teil handelt es sich dabei um Publikationen Dritter, sofern ein Einfluss auf die Vorschläge der Kommission ausgemacht werden konnte.

Im Laufe der Untersuchung wird sich kritisch mit den Vorschlägen und Positionen der Kommissionsmitglieder auseinandergesetzt. Was dieses Papier jedoch nicht leisten kann, ist eine fachliche Methodenkritik der Berechnungsverfahren der zahlreichen Studien und Analysen, mit denen die Vorschläge oft begründet werden. Dies geschieht nur vereinzelt, sofern eine solche Kritik in anderen Publikationen bereits erfolgt ist.

Ziel dieses Papiers ist es, eine Skizze der neoliberalen Konzepte und Positionen sowie ihres Einflusses auf die Kommissionsvorschläge zu entwerfen, um einen genaueren Blick dafür zu ermöglichen, welche Strategien und Ziele dahinterstehen und wie deren Umsetzungsschritte aussehen könnten. Es soll gesundheitspolitisch Aktiven, zivilgesellschaftlichen Bündnissen, Gewerkschafter*innen, Politiker*innen und allen an einem wirklichen Systemwechsel im Sinne eines gemeinwohlorientierten Gesundheitswesens Interessierten eine Hilfestellung in den kommenden Auseinandersetzungen um die Weiterentwicklung und Umsetzung der Reformvorschläge sein.

2 NEOLIBERALE AKTEURE IM GESUNDHEITSWESEN

Seit den ersten Reformen im Gesundheitswesen in den 1980er-Jahren, die das damals geltende Selbstkostendeckungsprinzip aushöhlten und die Finanzierung schrittweise auf Fallpauschalen umstellten, lässt sich ein wachsender Einfluss neoliberaler Akteure, vor allem unternehmensnaher Stiftungen und gut vernetzter Gesundheitsökonom*innen, auf die Politik und die öffentliche Debatte ausmachen. Dieser Einfluss ist auch durch die lauter werdende Kritik an der Ökonomisierung im Zuge der Coronakrise nicht verschwunden. Er lässt sich vielmehr bis in die Zusammensetzung der Regierungskommission nachverfolgen, womit sich im Folgenden befasst wird.

2.1 UNTERNEHMENSNAHE STIFTUNGEN

Eine der wichtigsten Lobbygruppen, die die Ökonomisierung im Gesundheitswesen in den zurückliegenden Jahrzehnten vorangetrieben haben, sind unternehmensnahe Stiftungen. Als Stiftungen sind sie in der Regel gemeinnützig, verfolgen jedoch den Zweck, Unternehmensinteressen in einer breiteren gesellschaftlichen Öffentlichkeit zur Geltung zu bringen und Einfluss auf politische Richtungsentscheidungen zu nehmen. Dabei geht es weniger um die Einleitung von Geschäftsbeziehungen denn um die Schaffung eines unternehmensfreundlichen Umfeldes. Dazu gehört die Förderung betriebswirtschaftlichen Denkens und die Ausrichtung an Kosten-Nutzen-Kalkülen in möglichst breiten Teilen der Gesellschaft sowie um die Öffnung von zuvor der Kapitalverwertung entzogenen Bereichen wie der öffentlichen Daseinsvorsorge für anlagensuchendes privates Kapital. Der Fokus liegt auf dem Wirken in «strategischen Räumen» (Bertelsmann Stiftung 2006: 4) in einer lang-

fristigen Perspektive. Wichtig sind dabei Netzwerke, persönliche Kontakte und Kooperationsbeziehungen sowohl mit weiteren zivilgesellschaftlichen Akteuren als auch mit staatlichen Einrichtungen und politischen Entscheidungsträger*innen. Auf diese Weise wird versucht, unterschiedliche Akteure in die eigene Strategie einzubinden, die dann selbst wiederum die Wirkungsmacht der Stiftungen verstärken. Zentral ist die Vernetzung mit dem Wissenschaftsbetrieb und die Förderung wissenschaftlicher Expertisen und Studien, die dazu dienen, die eigenen Deutungsangebote wissenschaftlich zu untermauern und den Einfluss auf den öffentlichen Diskurs sowie vor allem auf politische Entscheidungsprozesse zu stärken.

Dieses Vorgehen wird bereits mit Blick auf die Anfänge der Ökonomisierung des Gesundheitswesens in Deutschland deutlich. Die konzeptionellen Grundlagen für die ersten Reformen der Krankenhausfinanzierung in den 1980er-Jahren unter Schwarz-Gelb lieferte die «Kommission Krankenhausfinanzierung» der Robert Bosch Stiftung, ein Gremium aus marktradikalen Gesundheitsökonom*innen, die die Aufhebung des damals noch geltenden Selbstkostendeckungsprinzips und somit die Ermöglichung von Gewinnen und Verlusten im Krankenhausbereich forderten. Die Kommission brachte erstmalig die Idee einer Finanzierung mittels Fallpauschalen ins Spiel, die die Funktion von Marktpreisen übernehmen und die staatliche Krankenhausplanung durch eine «Steuerung des Leistungsgeschehens über den Preis» ersetzen sollten (Simon 2019: 6). Es handelte sich um eine langfristig angelegte Strategie, deren Umsetzung schrittweise vollzogen werden sollte. Die komplette Umstellung der Krankenhausfinanzierung auf DRGs erfolgte dann tatsächlich erst zu Beginn der 2000er-Jahre unter Rot-Grün, zu einem

Zeitpunkt, als neoliberale Vorstellungen bereits den öffentlichen Diskurs dominierten und zum Zeitgeist geronnen waren.

Neben der Robert Bosch Stiftung entwickelte sich in den 1990er- und 2000er-Jahren die Bertelsmann Stiftung zu einem der wichtigsten Stichwortgeber für Reformen im Gesundheitswesen. Zusammen mit der Westfälischen Wilhelms-Universität Münster und dem Land Nordrhein-Westfalen (NRW) gründete sie 1994 das Centrum für Krankenhausmanagement (CKM). Dieses widmete sich der Weiterbildung von Klinikpersonal für Managementaufgaben und förderte so schon zu einer Zeit die Ausrichtung der Krankenhausleitungen an Vorbildern des gewinnorientierten Unternehmertums, als sie noch in weiten Teilen vom Selbstverständnis der öffentlichen Versorgungsinstitution geprägt waren. Auf den Kongressen der CKM wurden etwa Fragen diskutiert wie: «Ist es ethisch vertretbar, schmerzarme und mit kurzer Verweildauer verbundene Eingriffe, deren Kosten durch das DRG-System nicht vollständig gedeckt sind, einem Patienten nur gegen Zuzahlung zu ermöglichen?». Gesundheitsleistungen verwandeln sich in dieser Perspektive von Leistungen der öffentlichen Daseinsvorsorge mit einem gesamtgesellschaftlichen Auftrag in solche für Konsument*innen mit individuellen Präferenzen und Kosten-Nutzen-Kalkülen (Leidinger 2011: 39).

Mit dem «Gesundheitsmonitor» – Umfragen zu den Einstellungen in der Bevölkerung zum Modell der solidarischen Krankenversicherung – bereitete die Bertelsmann Stiftung 2007 das Feld für die Einführung von Zuzahlungen und die Stärkung des Wettbewerbs zwischen den Krankenkassen. Zwar zeigten die Umfragen regelmäßig eine große Zustimmung zum Solidaritätsprinzip, wonach sich die Beiträge am Einkommen bemessen und die Leistungen am Bedarf. Durch suggestive Fragen wurde jedoch gezielt ausgelotet, wo Leistungen abgebaut und Eigenbeteiligung gefördert werden konnten, und dabei «gut durchdachte Entsolidarisierungsmechanismen angesprochen» (Werle 2009; Schiller 2007: 58).

Zuletzt sorgte die Bertelsmann Stiftung mit ihrem Projekt «Neuordnung Krankenhaus-Landschaft» für Aufsehen. Dort versammeln sich namhafte Gesundheitsökonom*innen, die auf die Schließung einer großen Anzahl von Krankenhäusern drängen und dies als Lösungsansatz für die in der Öffentlichkeit seit einiger Zeit breiter diskutierten Probleme im Krankenhausbereich wie Leistungsausweitung und Personalmangel präsentieren. Auf die entsprechenden Studien wird in Kapitel 3 noch genauer eingegangen.

Die jüngste, sehr umtriebige Stiftung ist die im Jahr 2014 vom Gründer der Rhön-Klinikum AG, Eugen Münch, aus der Taufe gehobene Stiftung Münch. Die Rhön-Klinikum AG ist einer der größten privaten Klinikverbände in Deutschland und unter ande-

rem dadurch bekannt geworden, dass sie defizitäre öffentliche Kliniken aufkaufte und drastische Umstrukturierungsprogramme zur möglichst raschen Gewinnerzielung auch gegen den Widerstand der Beschäftigten und Gewerkschaften durchsetzte. Im Aufsichtsrat der Rhön-Klinikum AG sitzt auch Brigitte Mohn aus der Unternehmerdynastie von Reinhard Mohn, dem Gründer der Bertelsmann Stiftung.

Münch wiederum tritt als gesundheitspolitischer Visionär auf und verbreitet seit einigen Jahren das Konzept der «Netzwerkmedizin», zu dessen Förderung er eigens die Stiftung gründete (siehe Kapitel 3). Das Verbindungsglied zwischen beiden Stiftungen und der Regierungskommission ist Boris Augurzky, der im Review-Board des Projekts «Neuordnung Krankenhaus-Landschaft» der Bertelsmann Stiftung sitzt und gleichzeitig Vorstandsvorsitzender der Stiftung Münch ist. Laut Stiftungs-Homepage ist «Professor Augurzky [...] ein ausgewiesener und anerkannter Experte des Gesundheitssystems. Mit seinem profunden Wissen und seiner exzellenten Vernetzung verfügt er über genau die Kompetenzen, die erforderlich sind, um die Stiftung und ihre Ziele verstärkt auf wissenschaftlicher Basis voranzubringen.» (Stiftung Münch 2019a) Diese Ziele kann er nun auch in der Regierungskommission «voranbringen» – im Rahmen der wichtigsten Reform, die seit Einführung der DRGs im Gesundheitswesen geplant ist.

2.2 DIE MITGLIEDER DER REGIERUNGSKOMMISSION

Die von Karl Lauterbach eingesetzte Regierungskommission besteht aus 17 Mitgliedern, darunter vier aus dem medizinischen Bereich (Fach- und Chefarzte), vier Rechtswissenschaftler*innen, drei Krankenhausmanager*innen, drei Gesundheitsökonom*innen und eine Pflegewissenschaftlerin, eine Sozialwissenschaftlerin und ein Versorgungsforscher. Die Mitglieder stammen also durchweg aus dem Wissenschaftsbetrieb oder aus der Praxis. Der Anteil an Ärzten ist groß, während die Pflege nur durch eine Pflegewissenschaftlerin vertreten ist. Auffallend ist zudem, dass die Mediziner und Manager*innen sämtlich höhere Leitungsposten in großen Krankenhäusern bekleiden, sogenannte Maximalversorger wie Universitätskliniken oder im Fall von Heidemarie Haeske-Seeberg bei der Sana Kliniken AG, dem drittgrößten privaten Klinikkonzern in Deutschland. Kleinere Krankenhäuser sind so gut wie gar nicht vertreten, was sich durchaus in den Stellungnahmen und Vorschlägen der Kommission widerspiegelt (BMG 2022b).

Nicht alle Mitglieder können eindeutig als neoliberale Reform*innen charakterisiert werden. Die Rechtswissenschaftlerin Laura Münkler, Tochter des bekannten Politikwissenschaftlers Herfried Münk-

ler, argumentiert beispielsweise in einem Aufsatz gegen die Tendenz, Wirtschaftlichkeitserwägungen und Kosten-Nutzen-Bewertungen zu Gesetzmäßigkeiten «hochzustilisieren» und damit politische Entscheidungsprozesse zu umgehen. «Es bleibt letzten Endes jedoch bei der Feststellung, dass Kosten-Nutzen-Bewertungen uns die Entscheidung darüber, ob wir Ressourcen einsetzen wollen, um einen bestimmten Nutzen zu erreichen, nicht abnehmen.» (Münkler 2022: 136) In ihrem Buch «Expertokratie» beschäftigt sie sich mit dem Spannungsverhältnis von Expertenwissen und demokratischen Entscheidungsprozessen und argumentiert, dass Expertenwissen für Politik und Recht zwar nützlich sei, aber keine «Sachzwänge» konstruieren dürfe und politisierbar bleiben müsse (Münkler 2020). Eine Lektüre, die Lauterbach sehr ans Herz gelegt sei.

Der Vorstandsvorsitzende der Berliner Universitätsklinik Charité, Heyo K. Kroemer, wiederum bezeichnet sich in einer Reportage auf *Zeit Online* als «Staatsdiener», der für das Gemeinwohl arbeite (Scholz 2022), und äußert sich in einem Interview für den *Spiegel* äußerst kritisch zu den Fallpauschalen. Er macht ihren primären Zweck jedoch darin aus, «mittelfristig unwirtschaftliche Krankenhäuser vom Netz zu nehmen. Dieser Aspekt ist allerdings politisch nie konsequent umgesetzt worden, und jetzt kommt das System an seine Grenzen, und alle Beteiligten leiden darunter.» (Müller/Schmergal 2022)

Seine stellvertretende Aufsichtsratsvorsitzende, Irmtraud Gürkan, war vor ihrem Ruf an die Charité jahrelang Kaufmännische Direktorin der Universitätsklinik Heidelberg und wurde 2011 in dieser Funktion vom Gesundheitsmagazin *kma* zur «Managerin des Jahres» gekürt, weil sie die Klinik aus den roten Zahlen herausgeführt hatte. Dies tat sie jedoch nicht dadurch, dass sie Konkurrenten vom Markt verdrängte, sondern indem sie eine Reihe von Kooperationen mit regionalen Kliniken der Grund- und Regelversorgung, teilweise auch mit anderen Maximalversorgern, einging, die sich Versorgungsleistungen untereinander aufteilten. In einem Interview mit Augurzky erklärt sie, dass ihr Ziel darin bestanden habe, ein Kliniksterben aufgrund ökonomischen Drucks und das Eindringen privater Konzerne auf den Markt zu verhindern (Augurzky/Holzinger 2015: 144). Einige Mitglieder der Regierungskommission sind eher durch berufs- oder fachverbandsspezifische Positionierungen hervorgetreten. Die Pflegewissenschaftlerin Martina Hasseler etwa führte in einem Interview mit dem Bayerischen Rundfunk den Personalmangel an Pflegekräften auf systemische Ursachen zurück und kritisierte, dass die öffentliche Debatte darüber teilweise unterbunden werde (Bayerischer Rundfunk 2022). Jörg Dötsch, Präsident der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin, forderte in einem Interview 20 Prozent mehr Mittel für die Kin-

der- und Jugendmedizin sowie die Finanzierung von Vorhaltekosten (Phoenix vor Ort 2022).

Andere zeichnen sich hingegen durch Überlegungen dazu aus, wie Wettbewerbselemente im Gesundheitswesen gestärkt und Eigenverantwortung gefördert werden könnten, was zumindest partiell mit neoliberalen Reformplänen kompatibel ist. So plädierte der Rechtswissenschaftler Thorsten Kingreen auf dem Deutschen Juristentag 2012 für die Privatisierung der gesetzlichen Krankenkassen nach dem niederländischen Modell (Kingreen 2012). Sein Kollege und SPD-Mitglied Stefan Huster diskutiert in einem Aufsatz alternative Rechtsauffassungen des Solidaritätsgebots im Krankenversicherungsrecht. Das Solidaritätsprinzip müsse nicht notwendigerweise als «egalitäres Gebot der Belastungsgleichheit» verstanden werden, sondern könne auch als «suffizienzorientiertes Verbot der Überforderung» ausgelegt werden:

«Wir lassen keine medizinisch notwendige Versorgung an mangelnder finanzieller Leistungsfähigkeit scheitern. Daraus folgt aber nicht, dass schlechte Risiken und Ärmere überhaupt nicht stärker durch die Kosten ihrer Gesundheitsversorgung belastet werden als Gesunde und Reiche. Auch spricht dann nicht per se etwas gegen Selbstbehalts- und Wahltarife sowie ähnliche Steuerungsinstrumente, die neben ihren Leistungswirkungen auch immer Umverteilungseffekte zu Lasten der schlechten Risiken und der Ärmere haben.» (Huster 2022: 51)

Die eigentlichen Gesundheitsökonom*innen in der Kommission können wiederum aufgeteilt werden in jene, die eher praktischen Fragestellungen nachgehen, wie Haeske-Seeberg und Leonie Sundmacher. Haeske-Seeberg ist zugleich Leiterin des Bereichs Qualitätsmanagement bei der Sana Kliniken AG. Von ihr stammt eines der zentralen Handbücher zum Qualitätsmanagement im Krankenhaus. Darin erläutert sie, dass die Methode des Qualitätsmanagements aus der Industrie stamme, wo sie für profitorientierte Unternehmen entwickelt worden sei. Es handle sich um eine Führungsmethode, die auf die Mitwirkung aller Beschäftigten ziele und im Namen von Qualitätssicherung und Kundenzufriedenheit komplexe Evaluationsverfahren entwickle. Im Prinzip geht es darum, die Performance von zusammenhängenden Abteilungen und Arbeitsschritten einer Produktlinie zu steigern und hierfür Methoden an die Hand zu geben, die nicht nur den Output, sondern auch die «Prozessqualität» messbar und vergleichbar machen. Eine Übertragung auf den Krankenhausbereich hält Haeske-Seeberg durchaus für möglich und identifiziert einige branchenspezifische Elemente:

«So sind Benchmarking-Verfahren mit den externen Qualitätssicherungsverfahren durchaus in zahlreichen Fachgebieten vorhanden. Clinical Pathways stellen Ver-

fahrensweisen für die Schlüsselprozesse im Krankenhaus dar, während Pflegestandards mit Arbeitsanweisungen vergleichbar sind.» (Haeske-Seeberg 2021: 55)

Leonie Sundmacher bekleidet den Lehrstuhl für Gesundheitsökonomie an der Fakultät für Sport- und Gesundheitswissenschaften an der Technischen Universität München. Sie gehört einer Reihe wissenschaftlicher Beiräte an – der Allgemeinen Ortskrankenkasse (AOK) Bayern, der Barmer Gmünder Ersatzkasse (GEK), der Techniker Krankenkasse (TK) und dem Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen. In einer Selbstdarstellung im «Monitor Versorgungsforschung» hebt sie das an ihrem Lehrstuhl angesiedelte Studienprojekt «Accountable Care in Deutschland» hervor, dessen Ziel es sei, «die Abstimmung zwischen den an der Behandlung beteiligten Arztpraxen und Krankenhäusern zu verbessern und damit die Anzahl von potenziell vermeidbaren Krankenhausaufenthalten zu reduzieren» (Sundmacher 2017: 29). Sie hat 2020 im Auftrag des Bayerischen Staatsministeriums für Gesundheit und Pflege das Förderkonzept «Neue Formen der Zusammenarbeit im ambulanten und stationären Sektor» miterstellt (siehe Kapitel 3).

Die beiden bekanntesten und einflussreichsten Gesundheitsökonominnen in der Kommission sind die bereits genannten Professoren Augurzky und Busse. Reinhard Busse, von Haus aus Mediziner, ist Professor für Management im Gesundheitswesen an der Fakultät Wirtschaft und Management der Technischen Universität Berlin. Er ist außerdem Co-Direktor des European Observatory on Health Systems and Policies, das sich mit dem Vergleich europäischer Gesundheitssysteme befasst, und Gründungsmitglied und Leiter des Gesundheitsökonomischen Zentrums Berlin (HECOR), das sich vor allem der Entwicklung von Instrumenten zur Messung von Gesundheitsleistungen widmet. Im Ökonom*innenranking der *Frankfurter Allgemeinen Zeitung* belegte er in den Jahren 2017 und 2018 Platz 8 bzw. 11, die höchsten Platzierungen eines Gesundheitsökonominnen. Sieht man sich seine Gutachter- und Berater-tätigkeiten an, verwundert das nicht: Unter seinen Kunden finden sich die Weltgesundheitsorganisation (WHO), der Bundestag, der Sachverständigenrat, die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) und die Bundesärztekammer. Er gehörte zudem zum Kernteam des Projekts «Neuordnung Krankenhaus-Landschaft» der Bertelsmann Stiftung und wurde durch die Berichterstattung in den Medien quasi zu dessen inoffiziellm Gesicht. Er wirkt außerdem in Kommissionen der Nationalen Akademie der Wissenschaften Leopoldina mit, die durch ähnliche Forderungen wie das Bertelsmann-Projekt in die Öffentlichkeit getreten ist und auf die noch zurückzukommen sein wird. Seine Forschungsschwerpunkte liegen stärker

im analytischen Bereich, in der Gesundheitssystemforschung und der Versorgungsforschung. Auf Wikipedia findet sich die treffende Beschreibung: «Busse verknüpft diese Forschungsstränge, um zu klaren Empfehlungen für die Politik zu gelangen, etwa hinsichtlich einer Reduktion von Krankenhausstandorten und -betten bei Beibehaltung des heutigen klinischen Personals, was die Qualität der Versorgung spürbar verbessern würde.» (Wikipedia 2022)

Zu Augurzky wurde schon einiges geschrieben. Er kann als der eigentliche Netzwerker der Kommission bezeichnet werden. Neben seiner Tätigkeit für die Stiftung Münch und die Bertelsmann Stiftung ist er Leiter des Kompetenzbereichs Gesundheit am Leibniz-Institut für Wirtschaftsforschung (RWI) und Mitglied des gesundheitsökonomischen Ausschusses des Vereins für Socialpolitik (VfS), einem der größten wirtschaftswissenschaftlichen Fachvereine im deutschsprachigen Raum. Er ist zudem Mitglied in zahlreichen Beiräten – der Rhön-Klinikum AG, des BARMER Instituts für Gesundheitssystemforschung und des Bundesverbands Managed Care (BMC). Außerdem ist er Geschäftsführer der Beratungsfirma Institute for Health Care Business GmbH (hcb), die unter anderem Gutachten für Stiftungen sowie private und öffentliche Institutionen erstellt.

Zwar sind die Gesundheitsökonom*innen in der Kommission in der Minderheit, es lassen sich jedoch bei einigen anderen Mitgliedern Verbindungen aufzeigen, vor allem zu Augurzky bzw. zur Stiftung Münch und zur Rhön-Klinikum AG. So sitzt Irmtraud Gürkan im Aufsichtsrat des Unternehmens (Rhön-Klinikum AG 2023). Leonie Sundmacher war bis 2021 Mitglied der Jury für den Eugen-Münch-Preis für innovative Gesundheitsforschung (Stiftung Münch 2021). Christian Karagiannidis, Präsident der Deutschen Gesellschaft für Internistische Intensivmedizin und Notfallmedizin, war Teilnehmer von Diskussionsveranstaltungen der Stiftung (Stiftung Münch 2022b).

Vor allem jedoch treten wichtige Mitglieder der Kommission, die keinen gesundheitsökonomischen Background aufweisen, mit Erklärungsmodellen in der Öffentlichkeit auf, die sehr stark an die Analysen von Augurzky und Busse erinnern. So machte Karagiannidis, angesprochen auf die Lehren aus der Coronapandemie, in einem *tagesschau*-Interview nicht etwa die Auswirkungen der Ökonomisierung für die Probleme verantwortlich, sondern «extreme strukturelle Defizite», die in der breiten Verteilung von Krankenhäusern bestünden, die zu viele unterschiedliche Leistungen anböten (*tagesschau* 2023). In einem Interview mit der *taz* äußerte er: «In Deutschland geht Veränderung nur in der tiefen Krise» (Heim 2022) – in welche Richtung, darauf gibt seine Problemanalyse einen Hinweis. Auch Tom Bschor, Chefarzt für Psychiatrie der Schlosspark-Klinik Berlin und Koordinator der Kommission, tritt bei Interviews mit Analysen auf, die

die Struktur der Krankenhauslandschaft und weniger die Finanzierung durch Fallpauschalen als Krisenursache in den Mittelpunkt rücken (Deutsches Ärzteblatt 2022: 31 f.). Diese Beispiele können als Hinweise auf

den großen Einfluss interpretiert werden, den Busse und Augurzky in der Kommission ausüben. Daher werden ihre Positionen im folgenden Kapitel näher in Augenschein genommen.

3 GESUNDHEITSPOLITISCHE ANALYSEN UND KONZEPTE VON AUGURZKY UND BUSSE

Die von Busse und Augurzky veröffentlichten Konzepte und Stellungnahmen beeinflussen die fachlichen und vor allem öffentlichen Debatten. Zum Teil können sie auch als Reaktion auf solche Debatten gelesen werden. Sie bieten einen alternativen Deutungsrahmen für die stärker werdende Kritik an der Ökonomisierung an, der versucht, diese wieder einzufangen und in neoliberale Bahnen zu lenken. Dazu gehört eine alternative Problembeschreibung und daraus abgeleitete Lösungsansätze, denen im Folgenden separat nachgegangen wird. Obwohl sich ihre Positionen über die Jahre hinweg durch eine gewisse Konsistenz an Grundannahmen und -ideen auszeichnen, lassen sich auch einige bemerkenswerte Verschiebungen ausmachen.

3.1 DIE ERZÄHLUNG: KRISENURSACHE DEMOGRAFISCHER WANDEL UND ÜBERKAPAZITÄTEN

Bereits die Reformschritte im Gesundheitswesen in den späten 1970er- und 1980er-Jahren waren begleitet von Warnungen vor einer «Kostenexplosion». Hintergrund waren damals jedoch weniger explodierende Ausgaben der Krankenhäuser als vielmehr eine schwächelnde Konjunktur und steigende Massenarbeitslosigkeit, die einerseits die Einnahmen der GKV sinken ließen, andererseits zu Versuchen führten, die Lohnnebenkosten einzudämmen, um die vermeintlich auf dem Weltmarkt strauchelnde Industrie nicht weiter zu belasten. Das Gesundheitswesen wurde daher nicht mehr primär als notwendige öffentliche Dienstleistung für die Bereitstellung und Reproduktion von «Humankapital» betrachtet, wie noch in der Phase der Hochkonjunktur und keynesianischer Wirtschaftspolitik zuvor, sondern vor allem als Kostenfaktor (Kühl/Tümmers 2019). Dies war die Zeit, in der sich die Gesundheitsökonomie in Deutschland entwickelte und institutionalisierte. Sie übertrug dabei Fragestellungen und Methoden aus der ökonomischen Theorie, vor allem aus der damals den Keynesianismus als herrschende Lehrmeinung ablösenden Neoklassik, auf das Gesundheitswesen. Zu ihren

Grundannahmen gehört die Gegenüberstellung von potenziell unendlichen Bedürfnissen eines nutzenmaximierenden Homo oeconomicus einerseits und knappen Ressourcen andererseits, deren Allokation am effizientesten über den Markt erfolge, wenngleich dem Staat im Gesundheitsbereich eine unterschiedlich starke regulatorische Funktion zugestanden wird (u. a. Lengwiler 2020; Schulenburg/Greiner 2017; Busse 2006). Das Thema der potenziell die vorhandenen Ressourcen übersteigenden Bedürfnisse findet sich jedenfalls in den Problemanalysen seitdem konstant wieder.

Seit einiger Zeit wird hier – ähnlich wie in den Debatten um eine Reform der Rentenversicherung – der demografische Wandel als drohende Krisenursache ausgemacht. Am ausführlichsten findet sich das bei Augurzky. Dieser warnt in einem Buch, in dem er die von Münch entworfene «Netzwerkmedizin» anpreist, dass ab Mitte der 2020er-Jahre die geburtenstarken Jahrgänge der Nachkriegszeit in Rente gehen werden. Das werde eine steigende altersbedingte Nachfrage nach Gesundheitsleistungen zur Folge haben. Demgegenüber prognostiziert er sinkende Einnahmen der GKV, weil aufgrund der geburtenschwachen Nachfolgenerationen die Zahl der Beitragszahler*innen abnehmen werde. Zudem erwartet er einen Arbeitskräftemangel, der den Mangel an qualifizierten Fachkräften im Gesundheitssystem verschärfen werde, sowie steigende Kosten aufgrund des wachsenden Einsatzes von Medizintechnik. Daraus ergeben sich für Augurzky zwei mögliche Szenarien für den Fall, dass nicht gegengesteuert werde:

«Entweder wird jeder Nachfrager mit allem versorgt, was medizinisch möglich ist – dann wird das System jedoch wesentlich teurer, entsprechend müssten die Beiträge zur Krankenversicherung stark steigen. Scheut die Politik davor zurück, wovon ausgegangen werden kann, müssen die Leistungen noch mehr rationiert werden, als das heute bereits der Fall ist.» (Augurzky/Holzinger 2015: 6)

Es drohe also die Rationierung von Gesundheitsleistungen, die nach Augurzky zum Teil schon heute «versteckt» erfolge, etwa über lange Wartezeiten. Ähn-

lich wie bei der Rentendiskussion wird die Krise der GKV-Finanzierung naturalisiert: Sie sei eine natürliche Folge des demografischen Wandels. Zugleich wird ein Generationenkonflikt zwischen den steigenden Ansprüchen der älteren Generation auf Gesundheitsleistungen und den Forderungen der Jüngeren nach einer Deckelung der Beiträge prophezeit. Sicherlich ist der demografische Wandel keine Schimäre und stellt eine gesellschaftliche Herausforderung dar. Wesentliche gesellschaftliche und politische Rahmenbedingungen werden in einer solchen Betrachtung jedoch weitgehend ausgeblendet. Das betrifft etwa die hohe Einkommens- und Vermögensungleichheit und die politisch geschaffene Möglichkeit für Menschen mit höheren Einkommen, sich der solidarisch finanzierten GKV zu entziehen und eine Privatversicherung abzuschließen, außerdem die niedrige Beitragsbemessungsgrenze. Zudem ist der Zusammenhang zwischen Arbeitskräftemangel und drohenden Einnahmeeinbrüchen der GKV nicht schlüssig. Unter den gegenwärtigen kapitalistischen Verhältnissen dürfte ein Arbeitskräftemangel zu höheren Einkommen der Lohnabhängigen führen und damit auch zu höheren Einnahmen der GKV, die sich ja vor allem aus deren Beiträgen speisen. Zudem wäre dies ein Ansporn für Produktivitätssteigerungen. Die Gleichung weniger Arbeitskräfte = geringerer Wohlstand abstrahiert von wesentlichen Mechanismen kapitalistischer Produktionsweise (wie übrigens auch die Annahme knapper Ressourcen als Krisenursache). Politische und gesellschaftliche Rahmenbedingungen werden nur dort in die Analyse einbezogen, wo sie als Hindernisse notwendigen Wandels erscheinen. Das hoch regulierte Gesundheitssystem und die Dominanz von Standes- und Interessenvertreter*innen würden derzeit einen solchen Wandel noch weitgehend verhindern. In seinem Buch zur «Netzwerkmedizin» setzt Augurzky daher vor allem auf innovative unternehmerische Lösungen und zieht Parallelen zur IT-Branche mit ihren disruptiven Effekten. «Regulieren durch pragmatisches unternehmerisches Handeln, gemäß dem flapsigen Posterspruch «Alle haben gesagt, das geht nicht. Dann kam einer, der wusste das nicht, und hat es einfach gemacht.»» (Ebd.: V)

In späteren Publikationen entdeckt Augurzky die Krise als weiteres disruptives Moment mit Veränderungspotenzial. Zusammen mit anderen Gesundheitsökonom*innen, etwa Busse, schreibt er im «Richtungspapier zu mittel- und langfristigen Lehren aus der ersten Welle der Coronakrise 2020»:

«In jeder Krise steckt eine Chance. Und von der grosso modo positiven Leistungsbilanz der Krisenbewältigung in Deutschland gehen Impulse für Reformen der Versorgungslandschaft aus, deren Zielstellungen zum Teil bereits vor der Coronapandemie formuliert worden waren.» (Augurzky u. a. 2020: 1)

In dem Papier, auf das im nächsten Kapitel noch zurückzukommen sein wird, werden strukturelle Defizite der Krankenhauslandschaft ausgemacht, die sich auch bei Augurzky und Holzinger (2015) finden, am öffentlichkeitswirksamsten jedoch von dem Bertelsmann-Projekt «Neuordnung Krankenhaus-Landschaft» 2019 in die Diskussion gebracht wurden. Zu diesem Zeitpunkt war der Pflegemangel bereits ein breit debattiertes Thema, nicht zuletzt durch erfolgreiche Streiks für mehr Personal an mehreren Krankenhäusern in Deutschland. Zum Teil wurde das damals schon mit den Folgen der Ökonomisierung, vor allem den Fallpauschalen mit ihren Anreizen zur Kostensenkung in Verbindung gebracht. Das Bertelsmann-Projekt bot hier eine alternative Erklärung an: Der Personalmangel wurde weniger als Indikator des ökonomischen Drucks angesehen, der auf den Krankenhäusern lastet, sondern vor allem als Indikator für Überkapazitäten. Als Grund wird eine historisch gewachsene Krankenhauslandschaft mit vielen kleinen Krankenhäusern und einer hohen Bettenzahl ausgemacht, die eine künstliche Nachfrage erzeuge, weil die Häuser ihre Betten belegen müssten. Begründet wird dies etwa mit internationalen Vergleichsstudien, aus denen hervorgehe, dass es in Deutschland zwar im EU-Durchschnitt weniger Personal pro Fall gebe, aber mehr pro Kopf auf die Einwohnerzahl berechnet (Bertelsmann Stiftung 2019a: 3). Achim Teusch hat hier bereits nachgewiesen, dass dieses statistische «Paradox» eigentlich keines ist, da in den Analysen die Gesamtzahl an Pflegekräften zum Vergleichsmaßstab herangezogen wurde, die Mehrheit der Pflegefachkräfte in Deutschland jedoch in Teilzeit arbeitet und die Anzahl der Teilzeitkräfte im internationalen Vergleich sehr hoch ist. Teusch bezieht sich auf eine Bertelsmann-Studie aus dem Jahr 2017, die die Autoren eigentlich kennen müssten und die das Krankenhauspersonal in Vollzeitäquivalenten ins Verhältnis zur Einwohnerzahl setzt. Im Ergebnis schneidet Deutschland dabei ähnlich schlecht ab wie bei anderen Vergleichen (Teusch 2022: 53f.).

In der Bertelsmann-Studie von 2019 wird außerdem eine mangelnde sektorenübergreifende Koordination zwischen ambulanter und stationärer Versorgung als Defizit ausgemacht. Auch hier werden internationale Vergleiche zur Begründung herangezogen. So würden in Deutschland mehr Fälle über Notaufnahmen generiert als im EU-Durchschnitt, woraus geschlossen wird, dass viele Behandlungen auch ambulant erfolgen könnten. In der Studie wird die Anzahl von fünf Millionen Fällen genannt, was einem Drittel der Kapazitäten entsprechen würde. Daran lässt sich bereits erahnen, wie groß die Autoren die Überkapazitäten einschätzen (Bertelsmann Stiftung 2019a: 4). Es wird aber auch mit Qualitätsdefiziten argumentiert, am ausführlichsten von Busse, der dieses Argument gern ins Feld führt. Viele kleine Krankenhäuser

würden Behandlungen durchführen, für die sie nicht die nötige Ausstattung hätten, zum Beispiel Linksherzkatheter bei Herzinfarkten und Stroke Units bei Schlaganfällen. Zudem steige die Erfahrung mit der Anzahl der Fälle, die in einem Krankenhaus behandelt werden. Schnell wird dabei gefolgert: kleine und viele Krankenhäuser = schlechte Qualität, wenige große und spezialisierte = gute Qualität. Eine hohe Krankenhausdichte wird auf diese Weise zum Problem definiert und das Kriterium der Erreichbarkeit infrage gestellt.

«Je größer die Krankenhausdichte ist, desto größer ist jedoch die Wahrscheinlichkeit, dass das entfernungs­mäßig günstigste Krankenhaus nicht das adäquate ist, wodurch sich die Versorgungsqualität bei vielen Krankenhäusern verschlechtert statt weiter verbessert.» (Busse/Berger 2018: 101)

Auch hier lässt sich eine Naturalisierung der Problem­analyse feststellen, die von wichtigen gesellschaftlichen Rahmenbedingungen zwar nicht gänzlich abstrahiert, sie in der Hierarchie der Ursachen­analyse aber nach hinten schiebt und Zusammenhänge konstruiert, die so nicht zwingend sind. Viele kleine Krankenhäuser sind vor allem aufgrund des ökonomischen Drucks dazu gezwungen, möglichst viele Fälle zu generieren, vor allem in Bereichen, die eigentlich eine hohe technische Ausstattung erfordern, weil diese im DRG-System die lukrativsten sind. Eine bessere Koordination sowohl zwischen ambulanter und stationärer Versorgung als auch zwischen den Krankenhäusern ist sicher erstrebenswert, wird aber gerade dadurch erschwert, dass die Krankenhäuser über das DRG-System in Konkurrenz zueinander gesetzt werden, auf der Jagd nach den lukrativsten Fällen.

Zudem kommen selbst die Autoren einer Begleit­studie zu dem Bertelsmann-Papier, die eine Versorgungsregion in NRW mit Blick auf die optimale Versorgungsstruktur nach den Kriterien der Bertelsmann-Experten untersucht haben, zu folgendem Ergebnis:

«Sofern ein entsprechend breites und spezialisiertes Angebot qualitativ hochwertig auch mit geringeren Krankenhausgrößen sichergestellt werden kann, legen ökonomische, stadtplanerische und sicherheitspolitische Argumente (Stichworte: Redundanz und Ausfallsicherheit, z. B. wenn Abteilungen aufgrund von Keimbesiedlung oder Stromausfall temporär geschlossen werden müssen) nahe, die Versorgung optimal zu dezentralisieren und deren Kapazitäten auf mehrere Standorte in räumlicher Nähe aufzuteilen.» (Bertelsmann Stiftung 2019b: 84)

Dennoch gilt den Gesundheitsökonominnen eine mangelnde Zentralisierung als Problem. Als Vorbild für

eine zentralisierte Krankenhauslandschaft muss dabei immer wieder – auch in der Bertelsmann-Studie – das Beispiel Dänemark herhalten, wo nach einer drastischen Strukturreform die Krankenhausanzahl stark reduziert wurde, mit einigen wenigen «Superkrankenhäusern», die für ein großes Einzugsgebiet zuständig sind. Aber auch hier wird von den Rahmenbedingungen abstrahiert: Die Krankenhäuser in Dänemark sind fast ausschließlich in staatlicher Hand, auf jeden Fall «non profit», was eine Planung und Koordination ganz anders ermöglicht als in Deutschland. Zudem gibt es aus Dänemark seit der Reform immer wieder Klagen über lange Wartezeiten, lange Anfahrtswege und explodierende Baukosten. Von sechs geplanten «Superkrankenhäusern» sind 15 Jahre später nur zwei fertiggestellt worden (Schulz 2023).

Bezüglich des Vergütungssystems machen auch die Autoren der Bertelsmann-Studie Fehlanreize zur Leistungsausweitung aus, sehen aber auch hier die Lösung neben Anpassungen am DRG-System vor allem in einer Zentralisierung und Konzentration: Große und spezialisierte Krankenhäuser könnten ihre Vorhaltekosten aufgrund der hohen Fallzahlen besser tragen und hätten damit einen geringeren Anreiz zur Leistungsausweitung. Prononcierter noch wird der unterschiedlich gewichtete Handlungsbedarf in einem Thesenpapier mehrerer Gesundheitsökonominnen ausgedrückt, das aus einem Symposium der Leopoldina 2016 hervorging, an dem auch Busse beteiligt war:

«Das DRG-System sollte im Sinne eines lernenden Systems weiterentwickelt werden, um mögliche Missbräuche zu verhindern. Eine solche Weiterentwicklung allein wird aber nicht ausreichen, wenn nicht gleichzeitig der politische Wille besteht, die Krankenhausstruktur grundlegend zu verändern. Dafür ist es notwendig, die rechtlichen Voraussetzungen zu schaffen, etwa im Bereich des Krankenhausplanungsrechts, um eine Reduktion der Zahl der Krankenhäuser – und nicht nur der Betten – bzw. eine Zentrierung der Versorgung zu erreichen.» (Leopoldina 2016: 13)

Interessant daran ist, dass hier die politische Planung wieder als probates Mittel diskutiert wird, nachdem die Erwartungen enttäuscht wurden, die nötige Bereinigung würde über die marktähnlichen Effekte des DRG-Systems erfolgen. Die Einführung desselben wird dabei keineswegs als Fehler angesehen. Augurzky lobt das DRG-System, weil es zur Steigerung betrieblicher Effizienz geführt und Transparenz ins Krankenhausgeschehen gebracht habe (Augurzky 2021). Dass ebendiese betriebliche Effizienz die gesamtgesellschaftlich als ineffizient beklagten Leistungsausweitungen zur Folge hat, ist ein Widerspruch, den die Ökonomen als «Missbrauch» fehldeuten. Da sie mit einem abstrakten Nutzenbegriff

operieren, der mathematisch berechenbar sein muss, tendieren sie dazu, ökonomischen, in Geldbeträgen ausdrückbaren Nutzen mit Nutzen überhaupt gleichzusetzen. Sie können daher den Zusammenhang zwischen der Steigerung ökonomischer Effizienz und medizinischer Fehlindikation (Behandlungen werden durchgeführt, weil sie mehr einbringen und nicht, weil sie medizinisch notwendig sind) nicht als Ausdruck eines systemischen, in der DRG-Vergütung angelegten Widerspruchs zwischen ökonomischer und medizinischer Bewertung begreifen. Fehlindikationen werden vielmehr angebotsseitig erklärt. Weil es zu viele Krankenhäuser gebe, würden zu viele auch unnötige Leistungen erbracht. Die Probleme des DRG-Systems werden – neben der mangelnden Berücksichtigung von Vorhaltekosten (die vor allem für die kleinen Häuser ein Problem sein sollen) – insbesondere darin gesehen, dass es eine übergreifende Koordination zwischen ambulantem und stationärem Bereich erschwert, da es nur stationäre Leistungen vergütet. Das ist für sie deshalb problematisch, weil es in ihrer Sicht ökonomisch für das Gesamtsystem nicht rational ist. Teure stationäre Leistungen könnten billiger auch ambulant erfolgen oder in einem großen statt in einem kleinen Krankenhaus mit hohen Vorhaltekosten. Außerdem wird ein bürokratisches Wettrennen aus Anpassungen des DRG-Systems und Umgehungsstrategien der Krankenhäuser beklagt. Es befördere einen ausufernden Regulierungsdschungel mit entsprechenden Verwaltungskosten. Somit erweist sich das derzeitige Vergütungssystem auch für die Ökonomen mittlerweile als Hindernis dafür, die ermittelten Strukturdefizite anzugehen (ebd.).

3.2 DIE LÖSUNG: EFFIZIENZSTEIGERUNG

Das Grundproblem, das von den Ökonomen beschrieben wird, kann also zusammengefasst werden als eine langfristige Prognose knapper werdender Ressourcen, die steigenden Bedürfnissen gegenüberstehen, und einer aktuellen Bestandsaufnahme einer Versorgungsstruktur, die ökonomisch nicht rational ist und zu schlechter Qualität führt, weil Überkapazitäten eine künstliche Nachfrage erzeugen. Das Hauptproblem des DRG-Vergütungssystems ist, dass es diese Struktur zum Teil noch zementiert, insofern es nur stationäre Leistungen vergütet und nicht zur gewünschten Marktbereinigung führt, wofür allerdings auch politische Widerstände verantwortlich gemacht werden (Augurzky 2014).

Die Lösungsvorschläge für die ausgemachte Problemlage können unter dem Begriff «Effizienzsteigerung» zusammengefasst werden. Effizienz ergebe sich dann, wenn bei möglichst geringem Ressourceneinsatz ein möglichst optimales Ergebnis erzielt wird. Das Ergebnis bestimmen die Ökonomen als

qualitativ hochwertige und zugleich bedarfsgerechte Gesundheitsleistungen (Busse/Berger 2018). Diese sehen sie aber nicht im Widerspruch zu ökonomischer Effizienz; ökonomischer Erfolg erwachse vielmehr aus Qualität und sei damit sogar ein Indikator für Effizienz. Wo das nicht funktioniert, wird ein «Marktversagen» festgestellt, das entweder durch mehr Wettbewerb oder entsprechende finanzielle Anreizsysteme behoben werden soll. Wie sie das im Einzelnen erreichen wollen, soll im Folgenden sowohl mit Blick auf die Langzeitprognose als auch hinsichtlich der aktuellen Bestandsaufnahme diskutiert werden. Augurzky macht zwei Ebenen der Effizienz aus: die betriebliche Effizienz, die durch das DRG-System gesteigert worden sei, was er vor allem daran festmacht, dass es Leistungen vergütet und es für Patient*innen daher keine langen Wartezeiten gebe (Augurzky 2021); und die Systemeffizienz, also die Effizienz der gesamten Versorgungsstruktur. Hier stoße das DRG-System an seine Grenzen. Als langfristige Lösung propagiert Augurzky das Konzept der «Netzwerkmedizin» von Münch:

«Dabei bilden sich große bundesweite Verbünde von Leistungserbringern, die angeheizt durch einen Qualitätswettbewerb jeweils die Qualitätsführerschaft anstreben. Über die Qualitätsführerschaft erreicht der Verbund eine starke Patientenbindung, mithin ein überdurchschnittlich hohes organisches Wachstum. Dies und eine effektive Steuerung im Netzwerk erhöhen die Produktivität, sodass das Mehr an Patienten und das Mehr an medizinisch Machbarem mit den vorhandenen Ressourcen erbracht werden können.» (Augurzky/Holzinger 2015: 6)

Das «Netzwerk» entwirft Augurzky sektorenübergreifend, es soll sowohl ambulante als auch stationäre «Leistungserbringer» umfassen, also niedergelassene Ärzt*innen, Krankenhäuser, aber auch Leistungserbringer in der Prävention und der Nachsorge, wie Ernährungsberater*innen, Physiotherapeut*innen, Rehabilitationseinrichtungen usw. Im Prinzip geht es darum, den gesamten Behandlungsverlauf des bzw. der Patient*in analog zur Wertschöpfungskette von Produktionsclustern in der Industrie zu steuern und zu optimieren. Nach innen zeichnet sich das «Netzwerk» daher durch Kooperation aus, nach außen durch Konkurrenz mit anderen «Netzwerken» um Patient*innen, was sowohl Anreize zur Produktivitäts- als auch zur Qualitätssteigerung setzen soll. Finanziert werden soll das Ganze über einen privaten Zusatzbeitrag zur GKV, womit paradoxerweise gesichert werden soll, dass «Versicherte die volle, uneingeschränkte, nicht rationierte und nicht priorisierte Leistung überall und jederzeit auf dem jeweils aktuellen Höchststand der medizinischen Kunst sowie höchste Qualitäts- und Servicestandards» erhalten (Stiftung Münch 2019b).

Um der in den entworfenen Krisenszenarien ange- drohten Rationierung und Priorisierung zuvorzukom- men, soll dies also schon im Vorfeld über Zusatzbei- träge erfolgen. Zwar rechnet Augurzky aus, dass diese geringer ausfallen würden als heutige private Zusatzversicherungen (die Angaben reichen von 8 bis 20 Euro pro Monat) und daher für alle leistbar wären. Es sei jedoch ein Anteil von mindestens 10 Prozent der heute gesetzlich Versicherten notwendig, damit sich ein solches «Netzwerk» lohne. Man kann sich leicht ausmalen, dass dies einen entsprechenden Druck erzeugen würde, die Leistungskataloge der GKV auszudünnen, um entsprechende Anreize zu setzen, bzw. dass solche Leistungseinschränkungen besser legitimiert werden könnten, wenn doch die «nicht rationierte und nicht priorisierte Leistung» via Zusatz-PKV als für alle erschwinglich angepriesen wird.

Produktivitäts- und Qualitätssteigerungen erhofft sich Augurzky vor allem von einer besseren sekto- renübergreifenden Koordination, die mithilfe einer digitalen Patientenakte, die alle gesundheitsrelevan- ten Informationen enthält, erfolgen soll und durch die Doppelverschreibungen verhindert und eine pass- genaue Zuweisung zum richtigen Leistungsanbieter möglich würden. Letzteres soll auch über einen vom «Netzwerk» bezahlten «Case-Manager» gesichert werden, der den bzw. die Patient*in während einer gesamten Behandlungsphase begleitet und zuweist, was Fehlindikationen der einzelnen Leistungsanbieter aufgrund ökonomischer Anreize ausschließen soll. Auch hier soll die Digitalisierung von den Ökonomen lang ersehnte Wunder vollbringen und eine Indikation unabhängig von der subjektiven Einschätzung der bzw. des behandelnden Ärzt*in ermöglichen, unter anderem durch den Zugriff auf medizinische Gesund- heits-Apps: «Aus einem Ozean medizinischer Daten fischen Big-Data-Technologien Zusammenhänge und erkennen Muster, die schließlich in Diagnose- und Behandlungsvorschläge für Patienten münden kön- nen.» (Augurzky/Holzinger 2015: 30) Auch eine bes- sere Koordination der Arbeitsabläufe innerhalb und zwischen den einzelnen Leistungserbringern eines «Netzwerks» soll analog zur Industrie 4.0 möglich werden. «Die neuen Technologien erlauben es, die Qualität und Produktivität der Ärzte, Apotheken und Krankenhäuser zu messen, zu bewerten und transpa- rent darzustellen.» (Ebd.: 32)

Hierdurch ergäben sich dann auch bessere Mög- lichkeiten zur Zentralisierung und Spezialisierung. Für ländliche Regionen schlägt Augurzky die Ein- richtung von Gesundheitszentren (GZ) vor, die die Gesundheitsversorgung einer gesamten Region managen, mit mobilen Ärzt*innen und Pflegekräf- ten für die Fläche, die telemedizinisch ans GZ ange- bunden sind. Insgesamt werden in dem Modell viele Vorschläge skizziert, die sich in den Diskussionen zur

Strukturreform der Krankenhauslandschaft wieder- finden.

Den Zielhorizont setzt Augurzky mit dem Jahr 2030 – ein Datum, das immer wieder in den Debatten auf- taucht. Die notwendigen Impulse kommen in seinem Buch zur «Netzwerkmedizin» aber vor allem von pri- vaten Klinikbetreibern, die sich zu großen Verbün- den zusammenschließen und sukzessive auch Leis- tungserbringer aus dem ambulanten Sektor und gesundheitsnahen Dienstleistungen integrieren. In den Debatten um die Strukturreform wird nun aber vielmehr die Krankenhausplanung und damit parado- xerweise die oft beklagte staatliche Regulation zum Ausgangspunkt der Überlegungen.

In der Bertelsmann-Studie wird ebenfalls ein Zielbild für das Jahr 2030 projiziert, diesmal für die Kranken- hausstruktur in Deutschland. Um dieses umsetzen zu können, werden striktere strukturelle Vorgaben gefordert. Dazu gehört die Definition von Mindest- volumen für bestimmte Leistungen, die der Gemein- same Bundesausschuss (G-BA) erarbeiten soll bzw. die er auf Leistungen ausdehnen soll, für die noch keine Mindestvolumen definiert wurden. Aber auch von den Ländern werden Strukturvorgaben in der Krankenhausplanung verlangt, wofür die Autoren ein System aus zwei anstatt der bisher geltenden drei Versorgungsstufen vorsehen: «neue Regelversorger» und «Maximalversorger». Bezüglich apparativer Aus- stattung, Personal und Mindestmengen sollen zwin- gende Kriterien festgelegt werden.

«Jedes Krankenhaus soll über die zentralen Fachabteilun- gen verfügen, die rund um die Uhr mit Fachärzten besetzt sind und genügend Fälle für eine Qualitätssicherung und Wirtschaftlichkeit haben. Alle anderen Fachabteilungen soll es nur noch in Unikliniken und anderen Maximalver- sorgern geben.» (Bertelsmann Stiftung 2019a: 4)

Fachabteilungen sollen über mindestens 25 Bet- ten verfügen, Krankenhäuser über mindestens 200, wobei eine deutlich größere Anzahl erstrebenswert sei. Hierfür solle sich die Krankenhausplanung statt wie bisher an der Zahl der Betten an den Fallzahlen und dem tatsächlichen Bedarf einer Region orientie- ren. Davon erhoffen sich die Experten eine Reduktion der Bettenzahl und eine Konzentration von Fachab- teilungen bei großen Kliniken und Spezialkliniken. Würden ihre Kriterien strikt angewendet, ergäbe sich eine Zahl von nur noch 410 Krankenhäusern in ganz Deutschland, 360 «neue Regelversorger» und 50 «Maximalversorger». Da ein solch drastischer Umbau aber auch den Bertelsmann-Expert*innen als nicht durchsetzbar erscheint, gestehen sie großzügi- gerweise eine Zahl von 600 Krankenhäusern zu, was die Schließung von mehr als einem Drittel aller 1.650 Krankenhäuser in Deutschland bedeuten würde. Die Probleme sehen sie weniger in urbanen Zentren als

in ländlichen Regionen, wo sie einen Zielkonflikt zwischen gewünschter Zentralisierung und Erreichbarkeit eingestehen. Dennoch:

«Daher darf man mangelhaft ausgestattete Kliniken auf dem Land aber nicht weiter in der Versorgung belassen. Stattdessen müssen alternative Strukturen der Rettungsdienste aufgebaut und Konzepte der Zubringerdienste auch für Angehörige entwickelt werden.» (Ebd.: 7)

Auch hier erhofft man sich Abhilfe von der Ambulantisierung und Digitalisierung. Telemedizinische Anbindung und der verstärkte Einsatz mobiler Dienste sowie von Rettungshubschraubern sollen schlechte Erreichbarkeit ausgleichen. Außerdem wird vom Gemeinsamen Bundesausschuss die Ausarbeitung realistischer Erreichbarkeitsmodelle basierend auf nachvollziehbaren Fahrtzeiten verlangt, da ihnen die bisherigen als zu langsam gelten. Der geforderte Umbau wird als «gesamtgesellschaftliche Transformationsleistung» bezeichnet, «die ähnlich wie der Kohleausstieg auch finanziell, das heißt aus Steuermitteln, flankiert werden muss» (ebd.), das bedeutet, mit Mitteln des Krankenhausstrukturfonds.

Man sollte meinen, das große gegenseitige Schulterklopfen für die hohe Bettenzahl und Krankenhausedichte in Deutschland während der Coronapandemie hätte auch bei den Ökonomen zu einem Umdenken geführt. Doch weit gefehlt, sehen sie sich im Gegenteil in ihren Forderungen noch bestärkt. In dem bereits erwähnten Richtungspapier zu den Lehren aus der ersten Welle der Pandemie 2020 sehen Busse, Augurzky und eine Reihe weiterer Ökonom*innen ihre Analysen bestätigt. Nach ihren Angaben hätte nur rund ein Viertel aller Krankenhäuser den Löwenanteil der stationären Behandlungen bewältigt, rund die Hälfte hätte nur eine mittlere bis niedrige Anzahl an Corona-Patient*innen versorgt und ein weiteres Viertel sei gar nicht beteiligt gewesen (Augurzky u. a. 2020). Auch hier sehen sie die Patient*innen in großen Häusern am besten aufgehoben. Kleinere hätten nicht über die notwendige Ausstattung wie Beatmungsgeräte und Schutzausrüstung verfügt, daher sei es insbesondere hier zu Superspreader-Events gekommen. Als Beispiel nennen sie ausgerechnet das in die Schlagzeilen geratene Ernst-von-Bergmann-Klinikum in Potsdam, was insofern bemerkenswert ist, als dass es sich hierbei um das zweitgrößte Krankenhaus in Brandenburg handelt, einen Maximalversorger (Teusch 2022: 53f.). Zudem wurde die privatisierte Bergmann-Klinik noch 2015 von Augurzky als leuchtendes Beispiel für einen regionalen Klinikverbund mit einem stationären sowie ambulanten Leistungsportfolio hervorgehoben (Augurzky/Holzinger 2015: 127).

Eine Befragung des Klinikverbunds CLINOTEL widerspricht der Behauptung, Grundversorger hätten bei

der Bewältigung der Pandemie nur eine untergeordnete Rolle gespielt. So seien 40 Prozent der Corona-Patient*innen in Mitgliedskliniken der unteren Notfallstufen behandelt worden, davon 37 Prozent, die beatmet werden mussten. Die Sterblichkeitsrate habe hier sogar leicht unter derjenigen von Patient*innen, die in Kliniken höherer Notfallstufen versorgt wurden, gelegen (Teusch 2022: 53).

Dennoch schlussfolgert das Richtungspapier: «Die Pandemie bestätigt die Notwendigkeit einer Reform hin zu mehr Zentralisierung, Kooperation und Spezialisierung.» (Augurzky u. a. 2020: 34) Ein Mittel wird in der stärkeren Lenkung von Patientenströmen gesehen, für die geeignete Instrumente, die sich während der Coronazeit etabliert haben – etwa das DIVI-Intensivregister, das die Zahl der Intensivbetten, Beatmungsgeräte und auch klinische Daten der behandelten Patient*innen erfasst – weiterentwickelt werden sollen. Wiederum wird – ähnlich wie in der Bertelsmann-Studie – eine «leistungsorientierte Planung» gefordert, die nicht vom Ist-Zustand der Krankenhäuser ausgeht, sondern von einem regional zu ermittelnden Bedarf, ausgehend von der Morbiditätsstruktur der Bevölkerung. Hierfür schlagen sie nun auch neue Instrumente vor, etwa die Definition von Leistungsbereichen und Leistungsgruppen, die der Krankenhausplanung in Zürich entlehnt sind. Damit lasse sich die bestehende Versorgungsstruktur besser analysieren und planen, da bestimmte Leistungsbereiche und deren prognostizierte Entwicklung in den Blick genommen werden könnten, wodurch ein Planungsverfahren entlang des Leistungsgeschehens möglich werde. Auch lassen sich dadurch Versorgungsaufträge genauer definieren, indem den Krankenhäusern die als für die Versorgung notwendig ermittelten Leistungsgruppen zugeteilt werden. Diese sollen dann mit Strukturvorgaben verknüpft werden, etwa einer 24/7-Präsenz von Fachärzt*innen, der Vorhaltung von Intensivkapazitäten und Vorgaben für Mindestmengen.

«Die Erfüllung dieser Vorgaben sowie die Bedarfsnotwendigkeit mit Blick auf die Morbidität der Bevölkerung muss dann Voraussetzung für die Erteilung eines Versorgungsauftrags an ein Krankenhaus sein. Im Ergebnis sollte für jede Region klar sein, welches Krankenhaus welche Patient*innen behandeln sollte – und welche nicht.» (Ebd.: 35)

Das ist insofern bemerkenswert, als hier erstmals der Wettbewerb zwischen den Häusern, ein alter Glaubenssatz der neoliberalen Gesundheitsökonom*innen, infrage gestellt wird:

«Wir müssen gewisse Grundannahmen hinterfragen. So hat die Politik Krankenhäuser immer als im Wettbewerb miteinander befindliche Institutionen betrachtet, die im

Prinzip selbst bestimmen können, welche Leistungen sie erbringen (und übrigens auch, wie viele Schutzmasken sie auf Vorrat kaufen), und nicht als «Krankenhaussystem».» (Augurzky u. a. 2020: 36)

Stattdessen wird in dem Papier auf regionale Kooperation gesetzt, und zwar in einer hierarchischen Krankenhausstruktur, gegliedert in drei (statt in zwei, wie im Bertelsmann-Papier) Versorgungsstufen. An der Spitze (Stufe 3) stehen die Maximalversorger, denen eine Koordinationsfunktion für ihr Einzugsgebiet zugeordnet wird und die in Zusammenarbeit mit den Krankenhäusern der unteren Versorgungsstufen regionale Versorgungsmodelle entwickeln sollen. Sie sollen ihre besondere Expertise und Ausstattung über telemedizinische Anbindung den anderen Häusern zur Verfügung stellen. Spezialkliniken, die hoch spezialisierte Leistungen ohne Unterstützung erbringen können, werden ebenfalls der Stufe 3 zugeordnet. Stufe 2 sind die Regelversorger, die in der Lage sein müssen, Patient*innen mit den relevantesten Erkrankungen der Region zu behandeln. Sie sollen dafür über alle nötigen Fachabteilungen, nun gegliedert in Leistungsgruppen, verfügen und die notwendige Ausstattung für Notfälle wie Herzinfarkte und Schlaganfälle vorhalten. Stufe 1 sind Grundversorger mit integrierten ambulant-stationären Versorgungszentren. Sie sollen keine komplexen Notfälle versorgen, sondern nur tagsüber eine Basis-Notfallversorgung ohne Wahrscheinlichkeit einer stationären Behandlung anbieten. Fachärzt*innen sollen lediglich zwölf Stunden am Tag verfügbar sein; Pflegekräfte dagegen müssen durchgehend anwesend sein.

Im Grunde genommen handelt es sich hierbei nicht mehr um klassische Krankenhäuser, sondern eher um lokale Gesundheitszentren nach den Empfehlungen des Sachverständigenrats Gesundheit von 2014, die sie an dieser Stelle auch erwähnen. Sie sind insbesondere für den ländlichen Raum gedacht, insofern rücken die Autor*innen hier von der Forderung im Bertelsmann-Papier ab, alle unrentablen Krankenhäuser ohne Rücksicht auf Erreichbarkeit zu schließen. Stattdessen sollen sie nun in Integrierte Versorgungszentren (IVZ) umgewandelt werden, eine Art «Gesundheitsgemischtwarenladen» mit angegliederten niedergelassenen Ärzt*innen, Apotheken, Therapeut*innen und telemedizinischen Angeboten sowie mobilen Einsatzteams für die Fläche.

«Damit geht der ländliche Grundversorger im wohnortnahen IVZ auf, das für die vielfältigen einfacheren medizinischen und pflegerischen Belange der Bürger*innen die Verantwortung übernimmt. Komplexe medizinische Belange reicht es an den oder die regionalen Regelversorger bzw. passende Spezial- oder Maximalversorger weiter bzw. holt sich dort telemedizinisch Rat.» (Ebd.: 42)

Das Modell erinnert wohl nicht von ungefähr an die nun regional gedachten «Netzwerke» bei Augurzky. Auch hier soll es eine zentrale Patientensteuerung über sogenannte Lotsen geben, wahlweise Hausärzt*innen oder «Case Manager», die eine Art Schnittstellen- und Scharnierfunktion zwischen den Leistungserbringern einnehmen. Wie so etwas praktisch aussehen könnte, hat eine Forschungsgruppe, an der auch Kommissionskollegin Sundmacher mitwirkte, in einem Förderkonzept im Auftrag des Bayerischen Staatsministeriums für Gesundheit und Pflege im Jahr 2019 entworfen. Dessen an US-amerikanischen *Accountable-Care*-Modellen (denen wohl auch die «Netzwerkmedizin» ihre Inspiration verdankt) entlehnte Eckpunkte beschreibt sie so:

«Im Fokus steht der Aufbau von intersektoralen regionalen Netzwerken, die jeweils ein Kernteam aus ambulant tätigen Haus- und Fachärzten, aus dem Krankenhaussektor und aus dem Bereich der Pflege umfassen. Um Doppel- oder Parallelstrukturen zu vermeiden, sollten die vor Ort bestehenden Ressourcen zweckmäßig eingebunden werden. Hierzu können die Netzwerke die Entwicklung eines Case Managements vorantreiben, das als ein Prozess der koordinierten Zusammenarbeit verstanden wird, welcher die Planung, Koordination und Überwachung von Leistungen für ein bestimmtes Individuum umfasst.» (Schang u. a. 2019: 516)

Auch hier wird die elektronische Patientenakte als notwendiges Instrument für die sektorenübergreifende Kommunikation ins Spiel gebracht, außerdem die Erstellung «integrierter Behandlungspfade» für definierte Patientengruppen, die einen idealtypischen Behandlungsablauf beschreiben und somit die Zuweisung zu den Leistungserbringern auch unabhängig von deren Indikation ermöglichen sollen. Sprich: Die subjektive Einschätzung der Ärzt*innen, die bei den Ökonom*innen stets im Verdacht steht, angebotsinduzierte Nachfrage zu generieren, soll durch konkrete «Managementanweisungen» in ihrer Deutungshoheit eingeschränkt werden.

Eine entsprechende Strukturreform braucht jedoch neben geänderten regulatorischen Vorgaben für die Krankenhausplanung auch Änderungen am Vergütungssystem, für die das Richtungspapier verschiedene Möglichkeiten diskutiert. So wird hier erstmals eine Ausgliederung von Vorhaltekosten aus dem DRG-System ins Spiel gebracht. Diese werden vor allem in Beziehung zu den Strukturvorgaben für die Leistungsbereiche und Leistungsgruppen gedacht, also Personal und Ausstattung, die die Krankenhäuser verpflichtet werden vorzuhalten, wenn sie entsprechende Leistungen anbieten wollen. Allerdings sollen sie nicht die konkreten Kosten der Häuser für entsprechende Vorhaltungen erstatten, um nicht den als defizitär angeprangerten Ist-Zustand fortzuschrei-

ben. Vielmehr sollen die Länder auf Basis der ermittelten Bevölkerungs- und Morbiditätsstruktur einer Region ein Vorhaltebudget errechnen. «Dieses wäre im zweiten Schritt über Versorgungsaufträge auf die einzelnen Standorte einer Region zu verteilen. Bei hoher Standortdichte erhält jeder einzelne Standort ein kleineres Vorhaltebudget, als dies bei einer geringen Standortdichte der Fall wäre.» (Augurzky u. a. 2020: 49) Davon werden scheinbar Anreize für die geforderte Zentralisierung erwartet. An dieser Stelle kommen wieder die Leistungsgruppen ins Spiel, die möglichst bundeseinheitlich definiert werden sollen. Über die Zuteilung von Versorgungsaufträgen für spezifische Leistungsgruppen, auf die sich die Krankenhäuser in einem Bieterverfahren bewerben können, bestimmen die Länder, welches Haus welche Vorhaltekosten finanziert bekommt und welche nicht. Damit sollen Ausweichstrategien der Häuser, die im DRG-System noch möglich sind, indem Krankenhäuser auch Fälle behandeln, für die sie nicht ausreichend ausgestattet sind, verhindert werden. Zugleich erhoffen sich die Autor*innen, dadurch auch den Mengenanreiz des DRG-Systems abzuschwächen. Ganz verschwinden soll er aber nicht, da die Häuser sonst im Verdacht stehen, keine Leistungen mehr zu erbringen. Die Fallpauschalen sollen also in reduzierter Form beibehalten werden und immerhin noch rund zwei Drittel des Gesamtbudgets ausmachen. Weiterhin schlagen die Autor*innen vor, die Qualität bei der Finanzierung stärker zu berücksichtigen. Das ist wohl auch ein Herzensanliegen von Busse, der hierfür in einem Aufsatz mehrere Modelle nach dem «Pay for Performance»-Prinzip, das er als «Pay for Quality» (P4Q) bezeichnet, ins Spiel bringt. Es handelt sich hierbei nicht um selbstständige Vergütungssysteme, sondern um ergänzende Anreize, die qualitätsfördernde Maßnahmen unterstützen sollen. Die Modelle reichen von Selektivverträgen zwischen einzelnen Häusern und den Kassen, die für das Erreichen oder Nichterreichen von vorher festgelegten Qualitätszielen Zu- oder Abschläge vorsehen, bis hin zum Einbehalt eines Anteils der Gesamtvergütung, der an diejenigen Häuser ausgezahlt wird, bei denen eine Steigerung der Qualität festgestellt wird. Die Bewertung selbst kann in Relation zu anderen Leistungserbringern erfolgen (bspw. die besten 10 Prozent) oder im Vergleich zur eigenen historischen Leistung (damit Krankenhäuser mit schlechter Qualität dennoch einen Anreiz haben, sich zu verbessern) bzw. aus einer Kombination aus beidem. Ein Problem bei all diesen Modellen ist jedoch, wie Qualität gemessen und bewertet werden soll. Meist werden Indikatoren für Prozess- und Ergebnisqualität (etwa die Sterblichkeit) verwendet. Hier stellt sich aber das Problem, einen Zusammenhang zu den durchgeführten Programmen nachzuweisen. Krankheits- und Behandlungsverläufe sind grundsätzlich mit erheblichen Unsicher-

heiten verbunden und auch von Faktoren außerhalb des Einflusses der Leistungserbringer abhängig (etwa dem allgemeinen Gesundheitszustand, dem Verhalten oder der sozialen Situation der Patient*innen). Die Qualität medizinischer Behandlung lässt sich also nicht ohne Weiteres analog zur Qualität industrieller Produktion messen und bewerten. Zudem gesteht Busse selbst ein, dass in internationalen Reviews bisher nur geringe bis gar keine nachhaltigen Effekte entsprechender Programme festgestellt wurden. Wenn überhaupt, sind diese nach kurzer Zeit wieder verpufft (Busse u. a. 2020). Grundsätzlich stellt sich aber auch die Frage, wie mittels retrospektiver Zu- und Abschläge medizinische Qualität verbessert werden soll. Vielmehr droht dadurch eine weitere Selektion. Schlecht ausgestattete Krankenhäuser werden finanziell sanktioniert und damit noch schlechter, gut ausgestattete werden belohnt und können ihren Abstand zu den anderen ausbauen. Es würde vor allem Geld in Leuchtturmprojekte der Spitzenmedizin umverteilt, in der Fläche droht aber eine Verschlechterung der Versorgung.

Ein weiteres Problem der derzeitigen Vergütung stellt sich für die Grundversorger und IVZ in Stufe 1, da für die ambulante und stationäre Leistungsvergütung verschiedene Systeme existieren. Eine mögliche Lösung wird in der Entwicklung von Hybrid-DRGs ausgemacht. Es handelt sich dabei um Fallpauschalen, die nicht eine stationäre Leistung, sondern eine gesamte Behandlungsepisode vergüten. Das würde letztlich die negativen Effekte des DRG-Systems auch auf den ambulanten Bereich ausdehnen: Mengenanreize und Anreize zur Über- und Unterversorgung je nach Lukrativität der Fälle.

Von den Autor*innen des Richtungspapiers wird aber insbesondere für den ländlichen Raum eine andere Variante favorisiert, nämlich Regionalbudgets nach dem Capitation-Modell. Vor allem Augurzky ist ein Verfechter dieses Vergütungssystems. Dabei erhält eine Region ein vorab pro Kopf berechnetes Budget für die Gesamtversorgung der Bevölkerung. Den großen Vorteil sieht er in der großen Gestaltungsfreiheit für die Akteure vor Ort. Im Prinzip ist ja sein Finanzierungsmodell für die «Netzwerkmedizin» ähnlich, nur hier sind es die Kopfbeiträge aus den privaten Zuzahlungen. Allerdings droht damit das DRG-System auf den Kopf gestellt zu werden. Nicht mehr Leistungsausweitung, sondern Einschränkung wäre lukrativ. Im Netzwerkmodell soll das der Wettbewerb um die Patient*innen verhindern. Für die Regionalbudgets schlägt Augurzky daher vor, dass Patient*innen auch Leistungserbringer einer anderen Region aufsuchen können, deren Behandlungskosten dann die Versorger der Heimatregion übernehmen müssen. Er erhofft sich davon ebenfalls einen Qualitätswettbewerb ähnlich wie im Netzwerkmodell, nun zwischen den Versorgern verschiedener Regionen. Außerdem

soll es Qualitätskontrollen des Medizinischen Dienstes (MD) geben, der nun Qualitätsziele kontrollieren soll und dafür keine Rechnungen mehr zu prüfen hat. Das würde jedoch ähnliche Probleme hervorrufen wie bei den Qualitätsanreizen.

Eine flächendeckende Einführung ist erst einmal nicht zu erwarten. Auch Augurzky spricht sich nicht dafür aus. Vielmehr sieht er die Chance für die Erprobung von Regionalbudgets in der Krise der ländlichen Versorgung. Die Länder sollten daher die Möglichkeit erhalten, für Regionen, in denen die Versorgung gefährdet ist (etwa aufgrund des Wegzugs von Ärzt*innen), einen Sonderstatus auszurufen, sodass dann die regulatorischen Vorgaben des Sozialgesetzbuchs V (SGB V) nicht mehr gelten und die heilende Wirkung unternehmerischer Innovationsfreudigkeit ihre Wunder tun kann (Augurzky 2021). Vermutlich sieht er darin auch eine Chance, das Netzwerkmodell von Münch in der Praxis regional auszuprobieren.

Bei der Diskussion all dieser Vergütungsmodelle meiden die Gesundheitsökonom*innen jedoch eines, das doch eigentlich naheliegt, wenn man zu der Erkenntnis gelangt, Kooperation sei effizienter als Wettbewerb (der ja im Falle des Regionalbudgets nur wieder gebraucht wird, um die negativen Auswirkungen dieses Vergütungssystems einzudämmen). Es geht um die Selbstkostendeckung, also die zweckgebundene Finanzierung dessen, was als notwendig für die Erfüllung von Versorgungsaufträgen ermittelt wurde. Augurzky geht nur kurz in einem Podcast seiner Stiftung darauf ein, als er explizit danach gefragt wird. Dort behauptet er, es bestünde dann kein Anreiz mehr zur Leistungserbringung, er setzt also die Selbstkostendeckung mit dem Capitation-Modell gleich (Stiftung Münch 2022a). Die Selbstkostendeckung sieht aber nicht ein festes Budget vor, das die Leistungserbringer bei Leistungsverweigerung einbehalten und als Gewinne auszahlen können,

sondern die Refinanzierung konkret entstandener Kosten. Dass Krankenhäuser dann keine Leistungen mehr erbringen würden, wenn sie keinen ökonomischen Gewinn davon zu erwarten haben, kann nur behaupten, wer von einem universellen Homo oeconomicus ausgeht und keine anderen Handlungslogiken anerkennt. Tatsächlich scheint der Schlüssel zur Verweigerung, die Selbstkostendeckung in Erwägung zu ziehen, aber genau darin zu liegen, dass hier eben keine Gewinne möglich sind. Diese sieht Augurzky aber als notwendig an. Als Argument führt er die unzureichende Finanzierung von Investitionskosten durch die Länder an, für die privates Kapital einspringen müsse, das aber nur in Erwartung von Gewinnabsichten investiere. Das ist sicher eine richtige Beschreibung des aktuellen Zustands, der aber politisch produziert ist.

Ein weiteres Argument von ihm ist: Es würde sich «mit der Aufgabe der Gewinnerzielung auch der Anreiz mindern, knappe Ressourcen möglichst effizient einzusetzen. Insbesondere würde sich die Bereitschaft reduzieren, effizienzsteigernde Innovationen zu erproben.» (Augurzky 2020: 202) Das ist der alte Vorwurf des Selbstbedienungsladens, der schon historisch falsch war, denn natürlich gab es eine Wirtschaftlichkeitsprüfung. Zudem erfolgte die Modernisierung der ungenügenden, noch aus der Zeit vor dem Zweiten Weltkrieg stammenden Krankenhauslandschaft gerade in der Phase der Selbstkostendeckung, was gegen eine generelle Innovationsfeindschaft spricht (Simon 2019). Allerdings erfolgte sie nach dem gesellschaftlichen Bedarf und nicht nach ökonomischen Gewinnaussichten. Auch die Selbstkostendeckung ist sicher nicht frei von Fehlanreizen, wie alle diskutierten Vergütungssysteme, und braucht Korrektive. Ihr entscheidender Vorteil ist aber, dass sie medizinische nicht durch ökonomische Zwecke überformt.

4 DIE VORSCHLÄGE DER REGIERUNGSKOMMISSION

Es lässt sich feststellen, dass sich Augurzky und Busse auch durch die Erfahrungen der Coronapandemie nicht von ihrer Kritik an vermeintlichen Überkapazitäten und den Forderungen nach einer Strukturreform mit Zentralisierung und Spezialisierung der deutschen Krankenhauslandschaft haben abbringen lassen. Interessant ist jedoch, dass die Krankenhausplanung von ihnen zunehmend gegenüber der Stärkung von Marktelementen als Mittel zur Durchsetzung ihrer Ziele favorisiert wird. Hinzu kommt, dass sie die Kritik an der Nichtberücksichtigung von Vorhaltekosten aufgegriffen haben und nun nicht mehr

lediglich Anpassungen am DRG-System vorschlagen, sondern alternative Vergütungsmodelle in die Diskussion einbringen, wobei sie jedoch das Selbstkostendeckungsprinzip nach wie vor kategorisch ablehnen. Aufbauend auf der Analyse ihrer Konzepte wird im Folgenden untersucht, welchen Eingang sie in die Vorschläge der Regierungskommission gefunden haben. Diese wurden von nur vier Mitgliedern der Kommission verfasst, neben Busse und Augurzky werden Tom Bschor und Christian Karagiannidis als Autoren genannt (Regierungskommission 2022: 32). Allerdings dürften die beiden Gesundheitsökono-

men hier federführend gewesen sein, wie im Folgenden noch ersichtlich wird. Daher soll abschließend anhand zweier weiterer Gutachten zur Krankenhausplanung der beiden Autoren untersucht werden, wie genau sich Busse und Augurzky die Umsetzung ihrer Ziele vorstellen. Was an dieser Stelle jedoch nicht erfolgen kann, ist eine detaillierte Kritik rechtlicher und technischer Widersprüche und Fehler im Papier, auch nicht die praktische Umsetzbarkeit oder nichtintendierte Verteilungseffekte, dafür sei auf ausführliche Bewertungen des Bündnisses Krankenhaus statt Fabrik (2023a u. 2023b) sowie von Michael Simon (2023) verwiesen.

4.1 REFORMVORSCHLÄGE UND NEOLIBERALE ANSÄTZE

In der dritten Stellungnahme der Regierungskommission, die Vorschläge für eine grundlegende Reform der Krankenhausvergütung und -struktur enthält, findet sich eine genauere Problembeschreibung, mit der die Kommission diese begründet. Dort wird einerseits der starke Leistungsbezug des DRG-Systems genannt, aber auch die Sektorentrennung, die beide «eine unangemessene Ausweitung von stationären Behandlungen und Übertherapie begünstigen, mithin von Behandlungen, deren Indikation fraglich ist oder die zum Teil auch ambulant erbracht werden könnten» (Regierungskommission 2022: 6). Auch auf den Personalmangel wird dort eingegangen, der allerdings als ein «relativer Personalmangel» bezeichnet wird, mit Hinweis auf den bereits kritisierten internationalen Vergleich, wonach es in Deutschland einwohnerbezogen überdurchschnittlich viel Personal gebe, was hier schon als falsch nachgewiesen wurde (siehe Kapitel 3.1). Es tauchen in dem Kommissionspapier aber auch wieder Problemanalysen der neoliberalen Gesundheitsökonomien auf, wonach aufgrund des demografischen Wandels und bei steigenden Ansprüchen aufgrund älter werdender Patient*innen weitere Personalengpässe drohten und zugleich weniger Menschen in die Sozialversicherungen einzahlten. Es scheint hier wieder die Drohung knapper werdender Ressourcen bei steigenden Bedürfnissen und wegbrechenden Einnahmen durch. Auch hier wird eine Verbesserung der Einnahmeseite etwa durch die Anhebung oder Abschaffung der Beitragsbemessungsgrenze und die Ausweitung der Beitragsbasis nicht in Erwägung gezogen.

Auffällig ist, dass die DRGs eher aufgrund ihres quantitativen Mengenanreizes kritisiert werden, nicht weil sie die medizinische einer ökonomischen Rationalität unterordnen, wie es in der öffentlichen Debatte immer wieder kritisiert worden ist. Dieser Punkt scheint mir wichtig, denn in einem solchen Fall liegt die Kritik nahe, dass die Vergütungslogik der Fallpau-

schalen grundsätzlich mit dem Anspruch auf bedarfsgerechte medizinische Versorgung kollidiert. So aber ist lediglich der Mengenanreiz ein Problem, also der Anreiz für die Krankenhäuser, möglichst viele Leistungen zu erbringen. Fehlindikationen werden vor allem in Bezug zur Möglichkeit der Ambulantisierung kritisiert, also in dem Anreiz, eher stationär statt ambulant zu behandeln, nicht im Bezug zur Erlösorientierung, also dem Anreiz, die lukrativere Behandlung anstatt der medizinisch geboteneren durchzuführen.

Da das Problem den Ökonomen vor allem als ein quantitatives erscheint, wird auch eine quantitative Lösung vorgeschlagen: die Ergänzung und Reduzierung der DRG-Vergütung um eine zweite Säule, die als «Vorhaltebudget» bezeichnet wird und die «unabhängig von der künftigen Fallzahl» (Regierungskommission 2022: 27) verteilt werden soll. Davon erhofft sich die Kommission auch eine Reduzierung des Mengenanreizes. Abgesehen davon, dass der Anreiz für erlösgetriebene Fehlindikationen dadurch nicht aufgehoben wird, haben auch Kritiker*innen bereits darauf hingewiesen, dass eine Reduzierung der DRG-Vergütung nicht automatisch eine arithmetische Reduzierung des Mengenanreizes nach sich zieht. Vielmehr ist zu erwarten, dass in den weiterhin DRG-finanzierten Bereichen der Druck zu Kosteneinsparung und Leistungsausweitung steigen wird, um die kleiner werdenden Spielräume zu kompensieren. Das war bereits bei der Ausgliederung der Personalkosten für die Pflege am Bett zu beobachten (Krankenhaus statt Fabrik 2023a: 12).

Die Medizin wird also weiterhin in erheblichem Ausmaß der Ökonomie folgen müssen, trotz Lauterbachs anders klingender Ankündigungen. Warum die Kommission das dennoch für notwendig hält, führt sie gleich zu Beginn aus:

«Die Kommission geht aber zugleich davon aus, dass Leistungsanreize erhalten bleiben müssen, weil auch eine ausschließlich leistungsunabhängige Vergütung – etwa in Form eines zu 100 Prozent garantierten Budgets oder einer Selbstkostendeckung – Fehlanreize setzt und erhebliche Risiken für eine patienten- und bedarfsgerechte Versorgung sowie finanzielle Risiken für die Kostenträger auslösen würde.» (Regierungskommission 2022: 3)

Hier scheint wieder die Angst vor dem Selbstbedienungsladen durch, der wir schon bei Augurzky begegnet sind. Tatsächlich soll es auch nicht mehr Geld geben – obwohl die Kommission zu Recht auch die abnehmende Finanzierung von Investitionskosten durch die Länder als eine Ursache für die Schwierigkeiten der Krankenhäuser ausmacht. Dennoch soll das vorhandene Budget lediglich anders verteilt werden. Daher taucht auch der Kostendruck des DRG-Systems nicht in der Problemanalyse auf, der von vielen als ursächlich etwa für die schlechter

werdenden Arbeitsbedingungen und die «Flucht aus der Pflege» gesehen wird, wird er doch vielmehr von den Ökonomen als Anreiz zur Steigerung betrieblicher Effizienz gefeiert. Insgesamt drehen sich die Vorschläge vor allem darum, wie weiterhin Anreize zur Wirtschaftlichkeit erhalten bleiben können und ein effektiverer Mitteleinsatz möglich wird.

Wie in Kapitel 3 gezeigt wurde, sehen die Ökonomen Effizienzmängel vor allem auf der Systemebene, in Überkapazitäten und mangelnder Koordinierung zwischen ambulantem und stationärem Sektor. Entsprechend werden die Vorschläge der Regierungskommission mit Vorschlägen für eine Strukturreform verknüpft, die viele bereits entwickelte und in Kapitel 3 behandelte Konzepte aufgreift. Ein zentrales Instrument ist auch hier die Krankenhausplanung der Länder. Für diese wird wie im Richtungspapier eine Differenzierung der Krankenhäuser in drei Versorgungsstufen vorgeschlagen, von der Kommission nun als Level bezeichnet. Level III sind wieder die Maximalversorger, Level II die Regelversorgung und Level I die Grundversorgung. Neu ist nun, dass Level I noch einmal unterteilt wird: in Grundversorger mit Notfallversorgung und einer stationären internistischen und chirurgischen Basisversorgung (Level In) sowie solche ohne Notfallversorgung (Level Ii). Die Ii-Krankenhäuser ähneln sehr den IVZ im Richtungspapier (siehe Kapitel 3.2). Auch ihnen wird eine Scharnierfunktion zwischen stationärer und ambulanter Versorgung zugeordnet. Sie sollen allgemeine sowie spezialisierte ambulante fachärztliche Leistungen anbieten mit Akutpflegebetten zur Beobachtung und Basistherapie. Die Leitung kann auch von qualifizierten Pflegefachpersonen ausgeübt werden, nachdem sie eine noch näher zu definierende Zusatzausbildung durchlaufen haben. Es handelt sich auch hier eigentlich nicht mehr um Krankenhäuser im klassischen Sinn. Die Kommission kann sie sich auch als regionale Gesundheitszentren vorstellen, mit angegliederten niedergelassenen Ärzt*innen und weiteren gesundheitsnahen Dienstleistern. Vermutlich ist das die anvisierte Vision für viele defizitäre Krankenhäuser im ländlichen Raum.

Wie im Richtungspapier wird auch hier eine genauere Definition des Versorgungsauftrags mithilfe von Leistungsgruppen vorgeschlagen, wie sie im Rahmen der Reform der Krankenhausplanung in NRW eingeführt wurden (siehe Kapitel 4.2). Sie sollen genauer als die Fachabteilungen der ärztlichen Weiterbildungsordnung Leistungsbereiche im Krankenhaus beschreiben und hierfür angelehnt an die Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS) sowie Diagnoseschlüssel (ICD) bundeseinheitlich definiert werden. «Dabei sind die Leistungsgruppen so gegliedert, dass die Behandlung innerhalb einer Gruppe ähnliche Qualifikationen, Kompetenzen und Erfahrungen sowie gleichartige technische Ausstattung benötigt.» (Regierungskom-

mission 2022: 17) Die Leistungsgruppen werden verknüpft mit Strukturvorgaben: Mindestanforderungen für ärztliches und pflegerisches Personal sowie Ausstattung. Dazu gehören aber auch Anforderungen an die Häuser für die Vorhaltung eines ganzen Katalogs von Leistungsgruppen, um in die entsprechenden Level eingestuft zu werden. Hierfür hat die Kommission bereits genaue Definitionen ausgearbeitet, die zum Teil sehr strikte Vorgaben enthalten, insbesondere für Level II, die Regelversorger.

Inzwischen kommt von verschiedenen Seiten die Einschätzung, dass viele Krankenhäuser, die heute als Regelversorger gelten, die Anforderungen nicht erfüllen und daher auf Level I, die Grundversorgung, abrutschen würden. Eine von Augurzky im Auftrag der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) selbst durchgeführte Analyse der Auswirkungen der Umsetzung dieser Vorschläge kommt beispielsweise zu dem Schluss, dass von den derzeit 1.700 Standorten in Deutschland 630 nicht die Kriterien für Level II und III erfüllen würden, was unter anderem bedeuten würde, dass auch viele Geburtshilfeabteilungen, die zurzeit in den Schlagzeilen stehen, schließen müssten. Sie wären nach den Vorschlägen der Kommission erst ab Level II vorgesehen (DKG 2023). Das zeigt, dass mit diesen Vorschlägen auch das Ziel einer starken Konzentration und Zentralisierung der deutschen Krankenhauslandschaft angestrebt wird, wie sie Augurzky und Busse schon länger fordern. Die Kommission betont, sie strebe eine größere Kooperation der Häuser untereinander an, bei der den Maximalversorgern eine Koordinationsfunktion zugeordnet wird sowie eine gemeinsame Abstimmung über die Aufteilung von Leistungsgruppen und damit zu behandelnde Patient*innen. Das soll mittels Tausch von Leistungsgruppen untereinander erfolgen, aber auch durch Fusionen, die durch die strikten Vorgaben für die Zuteilung der Level angeregt werden sollen. Wie das konkret funktionieren soll – zumal unter der Bedingung von Konkurrenz und Trägervielfalt – wird aber in den Vorschlägen nicht weiter ausgeführt. Hierauf wird im nächsten Kapitel im Rahmen der Gutachten von Augurzky und Busse zur Krankenhausplanung ein genauerer Blick geworfen.

Die Finanzierung der Vorhaltekosten soll je Leistungsgruppe geschehen. Wie schon im Richtungspapier sollen damit die an die Leistungsgruppen gekoppelten Strukturvorgaben, wie Mindestpersonalbesetzungen und technische Ausstattung für die zu erbringenden Leistungen, finanziert werden. Naheliegender wäre es daher gewesen, wie beim Pflegebudget die realen Kosten für diese Aufwendungen zu refinanzieren. Die Kommission wählt aber einen anderen Weg und schlägt hierfür ein Vorhaltebudget vor. Diese Idee stammt aus einem Positionspapier der AOK vom August 2022, wie aus dem Protokoll einer Diskussionsrunde der Stiftung Münch zusammen mit

Augurzky und Karagiannidis am 2. Dezember 2022 hervorgeht (Stiftung Münch 2022b).

In dem Papier warnt die AOK ausdrücklich: «Bei der Finanzierung der Vorhaltekosten muss verhindert werden, dass sich die Fehler sowie die sich daraus ergebenden Belastungen für Krankenhäuser und Krankenkassen im Zusammenhang mit der Einführung der Pflegebudgets wiederholen.» (AOK 2022: 3) Sie beklagt vor allem, dass es zu schwierigen Verhandlungen auf Ortsebene darüber komme, welche Personalkosten nach dem Pflegebudget zu bezahlen sind, bzw. die schwierige Abgrenzung der «Pflege am Bett» von den übrigen Personalkosten. Sie will daher keine «rein kalkulatorisch und betriebswirtschaftlich formal-korrekte Ausgliederung von Vorhaltekosten», sondern «eine pauschal-normative Festlegung, die [...] eine möglichst konfliktarme Abgrenzung der Vergütung via DRGs (und Pflegebudget) ermöglicht» (ebd.: 7). Vermutlich spielen neben den Streitigkeiten mit den Häusern auch die angesprochenen befürchteten «Belastungen» für die Krankenkassen bei der Ablehnung einer kostendeckenden Finanzierung eine Rolle. Was sie unter «pauschal-normativer Festlegung» versteht, erklärt die AOK so:

«Voraussetzung ist dabei Bedarfsorientierung. Es darf nur so viel Vorhaltung leistungsunabhängig vergütet werden, wie notwendig ist, um den Bedarf in einer Region zu decken. Aus pragmatischen Gründen wird im vorgeschlagenen Modell zunächst die historische Inanspruchnahme auf der Landesebene als Anker für die Bedarfsbemessung genutzt. Das durch die Ausgliederung aus den DRGs für die Vorhaltefinanzierung generierte Vorhaltevolumen kann innerhalb eines Bundeslandes als Vorhaltefinanzierung gekoppelt an Versorgungsaufträge wieder ausgeschüttet werden.» (Ebd.: 13)

Mit «historischer Leistung» sind die bisherigen DRG-Erlöse der Krankenhäuser gemeint. Das auszgliedernde Vorhaltevolumen soll prozentual auf deren Basis errechnet werden. Während einer Übergangsphase soll es sich dann dem «Bevölkerungsbedarf» annähern. Mittels demografischer und populationsbezogener Verfahren soll dafür für jede Leistungsgruppe eine zu erwartende Hospitalisierungsrate ermittelt werden.

Genau diesem Modell folgt auch die Kommission. Zunächst soll das Vorhaltebudget prozentual nach den DRG-Erlösen für die Jahre 2023 und 2024 errechnet werden. Dabei werden 40-prozentige Abzüge von den DRGs für normale Krankenhausbereiche vorgeschlagen und 60-prozentige Abzüge für Intensiv-, Notfallmedizin, Geburtshilfe und Neonatologie. Letztere zeichnen sich durch hohe Vorhaltekosten aus, die im System der Fallpauschalen, in dem nur behandelte Fälle vergütet werden, zu besonders starkem Kostendruck führen. Das Pflegebudget von ebenfalls circa

20 Prozent des DRG-Volumens wird dann einfach dazugerechnet (nach den AOK-Vorschlägen sollte es wieder in die DRGs eingegliedert werden – ein Vorschlag, dem die Kommission aber nicht gefolgt ist). Das Vorhaltebudget würde also 20 bzw. 40 Prozent des Erlösvolumens der nächsten zwei Jahre ausmachen. Tatsächlich würde das den Mengenanreiz des DRG-Systems in dieser Zeit noch stärken, da die Krankenhäuser damit auch ihr zukünftiges Vorhaltebudget steigern könnten.

Während einer Konvergenzphase von fünf Jahren soll die Berechnung schrittweise umgestellt und nach drei anzuwendenden Kriterien erfolgen. Dabei handelt es sich um einen Mix von Vergütungsmodellen, die wir bereits in Kapitel 3 diskutiert haben.

Erste Komponente ist der Bevölkerungsbezug, der sich nach der zu versorgenden Bevölkerung im Einzugsbereich eines Krankenhauses errechnet, unter Berücksichtigung demografischer Kriterien: Alter, Geschlecht, Morbidität. Dieser Vorschlag ähnelt sehr dem Capitation-Modell, nach dem ein Krankenhaus nicht pro Leistung, sondern pro Kopf bezahlt wird. Es wird jedoch dadurch eingeschränkt, dass eine Mindestfallzahl für jede Leistungsgruppe vorgesehen ist, die ein Krankenhaus vorweisen muss, um das Budget zu erhalten. Zudem bleibt ja der Mengenanreiz des verringerten DRG-Anteils bestehen, was die Anreize aus dem Capitation-Modell konterkariert. Eine komplette Umstellung ist wohl zumindest nicht flächendeckend zu erwarten. Damit könnten aber schon entsprechende Instrumente ausprobiert werden. Ein nicht namentlich genannter Teilnehmer der Diskussionsrunde der Stiftung Münch stellte im Dezember 2022 bereits die Überlegung an, die Vorhaltebudgets zu sektorenübergreifenden Regionalbudgets auszubauen, da sich dadurch die Gestaltungsmacht auf regionaler Ebene erhöhe, «die nötig sei, um innovative Lösungen für die anstehenden Herausforderungen im Gesundheitswesen zu finden» (Stiftung Münch 2022b). Das klingt doch sehr nach Augurzky.

Eingeschränkt wird diese Vergütungsform auch durch zwei weitere Kriterien, unter anderem weil die Kommission Fehlanreize im Sinne einer Leistungszurückhaltung oder einer Verschlechterung der Versorgungsqualität befürchtet. Das zweite Kriterium ist daher der Qualitätsbezug. Hierbei ist an Anreize zur Erhöhung der Qualität im Sinne der P4Q-Modelle (siehe Kapitel 3.2) gedacht. Für jede Leistungsgruppe sollen Kriterien für die Bewertung von Prozess- und Ergebnisqualität ermittelt werden, die die Höhe des Vorhalteanteils beeinflussen sollen. Näher wird dies aber nicht erläutert. Die Kommission schreibt einschränkend selbst, dass «die Messung von Prozess- und Ergebnisqualität nur eingeschränkt valide möglich ist und die besten Parameter für viele Leistungsgruppen strittig sind» (Regierungskommission

2022: 26). Auch hier scheinen die Vorschläge eher ein Versuchsfeld eröffnen zu wollen.

Das dritte Kriterium schließlich ist der Mengenbezug. Die Kommission hält ihn für «notwendig, um den besonderen Aufwand von stark nachgefragten Krankenhäusern zu berücksichtigen und andersherum Krankenhäusern, die von Einweisern und Bevölkerung gemieden werden, nicht dauerhaft ein hohes Vorhaltebudget zuzuteilen» (ebd.). Damit wird aber gerade wieder ein Anreiz zur Mengenausweitung als Bestandteil der Vorhaltefinanzierung eingeführt, der ja mit dem Vorhaltebudget eigentlich reduziert werden sollte. Ohnehin handelt es sich nicht wirklich um eine Finanzierung von Vorhaltekosten, wie Kritiker*innen bemängeln. Weder bilden die realen Vorhaltekosten die Berechnungsgrundlage, noch müssen die Krankenhäuser nachweisen, dass sie das Geld dafür ausgegeben haben, sie müssen nur die nötigen Strukturvorgaben erfüllen. Dadurch bleibt aber der sich so negativ auswirkende Anreiz zur Kostensenkung aus dem DRG-System auch beim Vorhaltebudget wirksam, da die Krankenhäuser das Geld, das sie dadurch einsparen, einbehalten können, um zum Beispiel Gewinne auszuzahlen (Krankenhaus statt Fabrik 2023a). Ein Ende der Ökonomisierung ist damit jedenfalls nicht in Sicht.

Das Problem der bisherigen Finanzierung, dass es für ambulante und stationäre Leistungen verschiedene Vergütungsmodelle gibt, ist für die Ökonomen ein Hindernis insbesondere für die gewünschte Ambulantisierung stationärer Fälle. Daher schlagen sie für die Krankenhäuser der Level Ii, die ja sowohl ambulante als auch stationäre Leistungen erbringen sollen, ein gänzlich anderes Finanzierungsmodell vor. Sie sollen über degressive Tagespauschalen finanziert werden, also nach der Aufenthaltsdauer der Patient*innen. Die angegliederten niedergelassenen Ärzt*innen sollen ihre Vergütung wiederum über den EBM-Katalog der Kassenärztlichen Vereinigung erhalten. Was zunächst mehr nach Entökonomisierung klingen mag, da die DRGs hier abgeschafft werden, enttäuscht beim zweiten Blick aber solche Erwartungen. Auch Tagespauschalen sind Pauschalen, die nicht die realen Kosten zweckgebunden refinanzieren, sondern Gewinne und Verluste ermöglichen. Und solange die ambulant tätigen Ärzt*innen weiter als Kleinunternehmer*innen arbeiten, wird die darin steckende Ökonomisierung auch nicht abgeschafft. Zudem bietet die angestrebte Mischfinanzierung der Level-Ii-Häuser ein mögliches Einfallstor für Private-Equity-Fonds, die in den vergangenen Jahren über den Betrieb von Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) auf den ambulanten Sektor zugegriffen haben und inzwischen auch Hausarztpraxen ins Visier nehmen. Somit könnten diese Vorschläge auch den Weg für eine weitere verdeckte Privatisierung bahnen, wenn private MVZ bei Level-Ii-Häusern einsteigen.

Ein Dorn im Auge der Ökonomen war bisher außerdem die Einweisung in die stationäre Behandlung über die Notaufnahmen der Krankenhäuser, die sie primär für eine zu hohe Zahl von stationären Behandlungen verantwortlich machen. Daher richten sich die Reformbemühungen der Kommission auch auf die Notfallversorgung, für die sie in einer weiteren Stellungnahme Vorschläge vorgelegt hat (Regierungskommission 2023). Als Ziel wird darin eine bessere Patientensteuerung angegeben, für die einige Instrumente vorgeschlagen werden, die uns in ähnlicher Form schon begegnet sind. So wird die Einrichtung von Integrierten Leitstellen (ILS) angeregt, an die sich Patient*innen telefonisch wenden können und die sie dann den Krankenhäusern oder Arztpraxen zuweisen. Zum Teil erinnert das an die Lotsen und «Case Manager» (siehe Kapitel 3.2), die eine von den Leistungserbringern und deren ökonomischen Kalkülen unabhängige Zuordnung garantieren sollen. Eigens hierfür soll ein Ersteinschätzungsinstrument mithilfe eines standardisierten Algorithmus entwickelt werden, das wohl die Abhängigkeit von der subjektiven Einschätzung der Ärzt*innen verringern soll.

Ebenfalls eine alte Bekannte ist die elektronische Behandlungsakte, die für eine bessere digitale Vernetzung der beteiligten Institutionen vorgeschlagen wird. In den Krankenhäusern sollen außerdem so bezeichnete Integrierte Notfallzentren (INZ) eingerichtet werden, allerdings nur für Krankenhäuser der Level II und III, womit die Patientenströme in Krankenhäuser der höheren Level umgeleitet würden. Neben Ambulantisierung wird damit also auch das Ziel der Zentralisierung weiter verfolgt. Eingeschränkt wird das von der Kommission nur dort, «wo regional erforderlich» (Regierungskommission 2023: 16), dann könnten auch Krankenhäuser der Level I in INZ betreiben. Mit den INZ wird außerdem eine weitere Verschränkung mit dem ambulanten Bereich angestrebt, da diese neben der Notaufnahme des Krankenhauses und einer Ersteinschätzungsstelle eine Notdienstpraxis der Kassenärztlichen Vereinigung enthalten sollen. Dadurch ergibt sich auch hier eine Zugriffsmöglichkeit für private Praxisbetreiber auf die öffentliche Infrastruktur der Krankenhäuser.

Es wird eine duale Finanzierung über eine 60-prozentige Vorhaltepauschale und eigens zu entwickelnde Fallpauschalen vorgeschlagen, entweder nach stationären und ambulanten Leistungen getrennt oder einheitlich, also die bereits erwähnten Hybrid-DRGs (siehe Kapitel 3.2). Beide Varianten bedeuten eine Ausweitung des Fallpauschalensystems auf den ambulanten Sektor (siehe zur Kritik dieser Vorschläge: Krankenhaus statt Fabrik 2023b).

In den Vorschlägen der Regierungskommission zeichnet sich also sehr deutlich die Absicht einer sehr weitgehenden Strukturreform ab, die zugleich neue neoliberale Vergütungssysteme einführt, ohne dabei

jedoch den ökonomischen Druck, der die medizinische Handlungslogik der Krankenhäuser überformt, wirklich zu lockern oder gar abzuschaffen. Am positivsten lässt sich noch eine beabsichtigte Umverteilung in Bereiche, die derzeit am meisten unter ihm leiden, verzeichnen, wie die Kinder- und Jugendmedizin, deren Vorhaltebudgets einen höheren prozentualen Anteil an den Gesamterlösen ausmachen sollen. Die Kinder- und Jugendmedizin erhält außerdem zusätzliche Mittel über einen Sonderfonds, was wohl auch dem Einfluss ihres Vertreters in der Kommission und der großen medialen Aufmerksamkeit für die desolaten Zustände in diesem Bereich geschuldet ist.

4.2 DIE UMSETZUNG: KRANKENHAUS-PLANUNG UND STRUKTURREFORM

Die Leistungsgruppen sollen bundeseinheitlich definiert werden und dann von den Ländern an die einzelnen Krankenhäuser, eingeteilt in Level, als konkrete Versorgungsaufträge für bestimmte Leistungen verteilt werden. Für diese erhalten die Häuser dann entsprechende Vorhaltebudgets aus einem gemeinsamen Topf, der beim Bundesamt für Soziales eingerichtet werden soll. Bei der Verteilung der Leistungsgruppen zielt die Kommission, wie in Kapitel 4.1 bereits geschildert, auf eine stärkere Zentralisierung von Leistungsgruppen an einzelnen Standorten. Hierbei spielt die Krankenhausplanung eine zentrale Rolle. Sie soll die «Schwerpunktbildung daher nachhaltig unterstützen. Alternativ oder ergänzend ist ein regionaler Moderator denkbar, der einen Umstrukturierungsprozess systematisch begleitet.» (Regierungskommission 2022: 24) Wie dieser genau aussehen soll, darauf geht die Kommission jedoch nicht ein. Hierüber können allerdings zwei Gutachten zur Krankenhausplanung in NRW und in Bremen Aufschluss geben. Das Gutachten zu NRW wurde 2019 von der Beratungsfirma PD sowie der Technischen Universität Berlin mit Busse in der Funktion des übergeordneten Projektkoordinators verfasst; das Gutachten zu Bremen stammt von Augurzkys Beratungsfirma hcb und wurde Ende letzten Jahres verfasst, beide im Auftrag der jeweiligen Landesregierungen bzw. ihrer Gesundheitsministerien.

Beide Gutachten heben hervor, dass sie eine bedarfs- und qualitätsorientierte Versorgungsplanung anstreben, die sie der bisherigen Krankenhausplanung mit dem Bett als zentraler Planungsgrundlage gegenüberstellen. Bisher wurden für jedes Krankenhaus bettenbasierte Feststellungsbescheide nach Fachabteilungen erstellt. Letztere sind für die Gutachter zu ungenau, um eine gezielte Leistungssteuerung und einen gezielten Einsatz von Ressourcen für bestimmte Leistungssegmente zu ermöglichen, deshalb schla-

gen sie eine Planung auf Basis von Leistungsgruppen vor. Durch die Planung nach Betten würden nämlich «vornehmlich Standorte und keine Leistungen geplant» (PD 2019: 21). Die Autoren wollen also nicht den Ist-Zustand der bisherigen Krankenhauslandschaft fortschreiben, sondern sie – nach eigener Aussage – entlang eines zu ermittelnden Bedarfs und eines daraus prognostizierten Leistungsgeschehens umstrukturieren. Hierfür werden in beiden Gutachten zunächst Bestandsaufnahmen der stationären Leistungserbringung durchgeführt, zudem erfolgen Prognosen der demografischen Entwicklung sowie des zukünftigen Fallgeschehens nach Einzugsgebiet. Beide Gutachten stellen in vielen Bereichen eine Überversorgung fest, die sie an Doppelstrukturen festmachen. Die Bestands- und Bedarfsanalyse dient also vor allem als Legitimation für die geplante Zentralisierung und Spezialisierung der Krankenhauslandschaft. Die Umstrukturierung soll konsensual erfolgen, wofür es Transparenz über die Ergebnisse der Analysen und Prognosen sowie der daraus abgeleiteten Handlungsbedarfe brauche. «Die Herstellung von Transparenz ist essenziell, da hierdurch der Handlungsbedarf für eine Neuordnung der Versorgung und Umstrukturierung der Krankenhauslandschaft in NRW für alle an der Krankenhausplanung beteiligten Akteure eindeutig ersichtlich wird.» (Ebd.: 101)

In einem zweiten Schritt soll es dann Verhandlungen über regionale Planungskonzepte geben. Hierfür sollen die Krankenhäuser für jede Leistungsgruppe erklären, ob eine Versorgungsabsicht besteht, wie im NRW-Gutachten ausgeführt wird. Zu diesem Zweck müssen sie die Einhaltung der dort noch «Qualitätskriterien» genannten Strukturvorgaben für jede Leistungsgruppe nachweisen, was durch die Eingabe in eine Online-Datenbank erfolgen soll, um eine standardisierte Prüfung zu ermöglichen. Die Absichtserklärungen und Selbstangaben der Krankenhäuser bilden dann die Basis für die Verhandlungen. Die Angaben zu den Strukturvorgaben werden überprüft und alle am Verfahren Beteiligten über die Erklärungen der anderen informiert, um Informationstransparenz herzustellen. Hiervon erhofft sich das NRW-Gutachten auch einen stärkeren Anreiz zur Kooperation. «In diesem Sinne könnten im Vorfeld zu den operativen Verhandlungen der Planungskonferenzen die Krankenhausträger versuchen, ihre Versorgungsabsichten gegenseitig anzuzeigen und zur Bildung und Sicherung von Behandlungsschwerpunkten kooperativ zu strukturieren.» (Ebd.: 21)

Die Verhandlungen selbst finden dann für jede Leistungsgruppe getrennt zwischen den Krankenhausträgern und den Verbänden der Krankenkassen statt, das Land tritt dabei als Moderator auf. Das NRW-Gutachten sieht einen Zeitraum von sechs Monaten vor, innerhalb dessen möglichst ein Konsens darüber gefunden werden soll, welche Krankenhäuser wel-

che Leistungsgruppen erhalten und welche ausgeschlossen werden. Die Gutachter halten das deshalb für möglich, da dies in den meisten Fällen schon nach Prüfung der Strukturvorgaben offensichtlich sein sollte. Die finale Entscheidung trifft dann aber das Gesundheitsministerium, auch wenn kein Konsens gefunden wurde. Danach erfolgt die Feststellung von Versorgungsaufträgen, die die Gutachter als «Negativplanung» verstanden haben wollen.

«Das heißt, dass der Versorgungsauftrag auf die im FSB [Feststellungsbescheid] ausgewiesenen LB [Leistungsbereiche] und LG [Leistungsgruppen] eingeschränkt ist. Eine Leistungserbringung abweichend der festgestellten LB und LG muss entsprechend der Absicht des § 16 Abs. 2 KHGG NRW [Krankenhausgestaltungsgesetz NRW] geahndet werden.» (Ebd.: 110)

Das Verfahren soll alle fünf Jahre für Grund- und Regelversorger sowie alle zehn Jahre für Maximal- und Schwerpunktversorger wiederholt werden, wobei die verteilten Aufträge sowie die Einhaltung der Strukturvorgaben überprüft werden sollen. Ein Marktaustritt durch Verzicht auf Erklärung der Versorgungsabsicht oder die Rückgabe des Auftrags sollte nur zu Beginn des Planungszyklus möglich sein, dazwischen wären die Krankenhäuser zur Versorgung verpflichtet. Ausnahmen soll es nur geben, wenn die Krankenhäuser nachweisen können, dass eine Unterversorgung für die entsprechende Leistungsgruppe aufgetreten ist, für die Kassen, wenn sie die Bildung von Versorgungsrisiken feststellen, oder für das Gesundheitsministerium, wenn es neue Leistungsgruppen definiert bzw. die Zusammenstellung der alten anpasst.

Das Gutachten für NRW wurde noch vor den aktuellen Vorschlägen der Regierungskommission zur Reform der Finanzierung verfasst. In welcher Form die Vergütung der an die Leistungsgruppen gekoppelten Vorhaltepauschalen erfolgen kann, beschreibt aber das Gutachten für Bremen:

«Die Vorhaltefinanzierung könnte derart ausgestaltet werden, dass regionsbezogene Vorhaltebudgets für einzelne Leistungssegmente festgelegt werden, die auf die in der Region tätigen Krankenhäuser mit einem Versorgungsauftrag für das jeweilige Leistungssegment verteilt werden. Beispielsweise könnte es für die Stadt Bremen (inklusive des mitversorgten Umlands) ein Vorhaltebudget für die Neurologie (Stroke Unit) geben, das auf die bestehenden Stroke Units zu verteilen ist. Je mehr Kliniken einen Versorgungsauftrag für dieses Leistungssegment haben, desto kleiner wird ihr jeweiliger Anteil am Vorhaltebudget für dieses Leistungssegment sein.» (hcb 2022: 20)

Hiervon erhoffen sich die Gutachter auch einen stärkeren ökonomischen Anreiz zur Zentralisierung und Schwerpunktbildung und generell zur Kooperation, schließlich würden dabei alle nur gewinnen: «Durch Schwerpunktbildung in Form von «Tauschgeschäften» oder Kooperationsmöglichkeiten in ausgewählten Leistungssegmenten soll sich für die Standorte eine *Win-win-Situation* ergeben. Ziel ist, dass sich alle Standorte besserstellen als ohne die Schwerpunktbildung.» (Ebd.: 30)

Bemerkenswert ist an den Vorschlägen, dass hier Planung und Kooperation bei den neoliberalen Ökonomen an die Stelle des Marktes bei der Allokation von Ressourcen und die Entscheidung über ihren Einsatz treten. Allerdings sind daran nur die Krankenträger und die Kassen beteiligt, mit den Ländern in einer eher passiven Moderatorenrolle. Patient*innen- oder Beschäftigtenvertreter sind nicht vorgesehen. Das hängt vermutlich auch mit dem ökonomischen Reduktionismus zusammen, unter dem die Planung und auch die Strukturreformen gedacht werden. Es sind die jeweiligen «Leistungserbringer» und diejenigen, die sie finanzieren, die hier die zukünftige Krankenhauslandschaft planen, nicht diejenigen, die auf sie angewiesen sind oder in den Häusern arbeiten. Zwar wird immer wieder mit Bedarfsgerechtigkeit und Versorgungsqualität argumentiert, beides wird aber weiterhin primär ökonomisch gedacht: Große Häuser und spezialisierte Zentren erbringen eine bessere Qualität, weil sie ihre Ressourcen effektiver einsetzen (mehr Fälle, geringere Vorhaltekosten etc.). Dabei gehen auch die Empfehlungen der jeweiligen Fachgesellschaften etwa für Herzinfarkt- und Schlaganfallversorgung (die insbesondere von Busse immer wieder als Beispiele für eine schlechte Versorgung in kleinen Häusern genannt werden, da sie nicht richtig ausgestattet seien, vgl. Busse 2021) eher in die Richtung von Netzwerkbildung und Kooperation zwischen den Häusern statt einer Zentralisierung (Teusch 2022: 27).

Zudem wird in beiden Gutachten von einem hohen Potenzial ambulantisierbarer Fälle und einer Senkung der Verweildauer ausgegangen, womit ein Abbau von bis zu einem Viertel aller Betten begründet wird. Auch das scheint ein fragliches Vorgehen, solange nicht zumindest adäquate ambulante Strukturen aufgebaut worden sind, die die Reduktion um eine solch große Anzahl stationärer Fälle auffangen können. Sonst drohen vermehrt «blutige Entlassungen» und Unterversorgung mitsamt den damit einhergehenden Komplikationen. Dafür braucht es aber zuerst eine sektorenübergreifende Bestandsaufnahme und Planung – und zwar eine, die nicht primär von knappen Ressourcen ausgeht, sondern vom gesellschaftlichen Bedarf.

5 FAZIT

Die Untersuchung der Zusammensetzung der Regierungskommission und der gesundheitspolitischen Positionierungen der Kommissionsmitglieder hat gezeigt, dass die beiden Gesundheitsökonom Boris Augurzky und Reinhard Busse hier einen großen Einfluss ausüben. Beide sind gut vernetzt sowohl im Wissenschaftsbetrieb als auch in unternehmensnahen Stiftungen, die in der Vergangenheit alternative neoliberale Deutungsangebote in die unter dem Stichwort «Ökonomisierung» geführten Debatten über den Zustand der Krankenhausversorgung eingebracht haben. Als Probleme machen sie weniger die angesprochene Ökonomisierung durch das Finanzierungsinstrument der Fallpauschalen aus als vielmehr den sich abzeichnenden demografischen Wandel, der knapper werdende Ressourcen bei steigenden Bedürfnissen mit sich bringe, sowie Überkapazitäten in der Struktur der Krankenhauslandschaft, vor allem viele kleine, vermeintlich schlecht ausgestattete Krankenhäuser, die zu Leistungsausweitungen aufgrund angebotsinduzierter Nachfrage führten. Die Lösung dieser Probleme sehen sie in einer Effizienzsteigerung auf Systemebene: einer Strukturreform mit einer stärker zentralisierten und spezialisierten Krankenhauslandschaft. Große und spezialisierte Krankenhäuser sind in den Vorstellungen von Augurzky und Busse nicht nur wirtschaftlicher, sondern sie erhöhen auch die Behandlungsqualität, weil sie technisch besser ausgestattet sind und hohe Fallzahlen haben, die eine entsprechende Erfahrung sichere. Sie diskutieren auch verschiedene alternative Vergütungsmodelle, die den Leistungsanreiz der Fallpauschalen konterkarieren und eine bessere Koordination zwischen ambulantem und stationärem Bereich ermöglichen sowie Anreize zur Qualitätssteigerung setzen sollen.

Es zeigt sich, dass die Vorschläge der Kommission in sehr weiten Teilen diesen bereits zuvor skizzierten Konzepten folgen. Zum zentralen Mittel für die Umsetzung wird dabei die Krankenhausplanung, die nun leistungsorientiert, anhand der Vergabe von Leistungsgruppen und nicht von Betten, erfolgen soll. Das ist insofern bemerkenswert, als hier eine partielle Abkehr von der bisher favorisierten finanziellen Steuerung zu verzeichnen ist. Es wird nicht mehr bloß versucht, die Krankenhäuser mittels finanzieller Anreize in die gewünschte Richtung zu lenken, sondern nun werden direkte leistungsbezogene Versorgungsaufträge mit entsprechenden Strukturvorgaben vergeben. Auch die Ansätze für eine Bedarfsplanung unter Einbeziehung demografischer Faktoren und Prognosen sind eine Abkehr vom Prinzip «Der Markt wird es schon richten». Allerdings bleibt das Ziel der Planung die anvisierte Zentralisierung und Spezialisierung.

Auch die Bedarfsanalysen sollen eher «Einsparpotenziale» ermitteln. Sie dienen vor allem dazu, die Zielsetzung der Strukturreform analytisch zu unterfüttern und zu legitimieren. Das zeigt eindrücklich, dass Planung nicht per se gut ist, sondern dass es darauf ankommt, welche Zwecke sie verfolgt und wie demokratisch sie organisiert ist.

Bei der Finanzierung wird jedoch an der finanziellen Steuerung festgehalten. Die Krankenhäuser sollen weiter durch verschiedene Anreize zur Gewinnerzielung dazu angehalten werden, das Richtige zu tun, die Strukturvorgaben dienen vor allem dazu, kleinere Häuser mittels strikterer Vorgaben vom Markt auszuschließen. Dennoch stellen sie zusammen mit der Planung mithilfe von Leistungsgruppen einen gewissen Kontrast und Widerspruch zur finanziellen Steuerung dar, soll doch Erstere über Kooperation und Konsens erfolgen, während Letztere die Krankenhäuser in einen Wettbewerb um die knappen Mittel zwingt. Vermutlich ist das damit zu erklären, dass ein neoliberales Dogma auf keinen Fall angerührt werden soll: die Möglichkeit, mit Krankenhäusern Gewinne zu erzielen, was ja auch eine Voraussetzung für die Beteiligung privater Investor*innen ist. Für diese werden sogar noch weitere Einfallstore geöffnet, vor allem mit den Level-li-Häusern, die als Schnittstelle zum ambulanten Bereich gedacht sind und auch eine Beteiligung privater Praxisbetreiber an öffentlichen Häusern denkbar machen. Greift man einige Denkanstöße insbesondere von Augurzky auf, so ließen sich ausgehend davon insbesondere für den ländlichen Raum mit seinen strukturellen Versorgungsproblemen Szenarien skizzieren, bei denen private Verbände weitreichende Gestaltungsmöglichkeiten erhalten, um lokale Versorgungsregionen zu Gesundheitsmärkten umzukrempeln. Eine Vision, die noch weit entfernt erscheint, für die mit dem Vorhaltebudget zumindest aber schon einmal Instrumente zum Austesten entsprechender Vergütungsmodelle entwickelt werden sollen.

Die Selbstkostendeckung wird hingegen kategorisch abgelehnt, dabei liegt diese eigentlich nahe, wenn Bedarfsermittlung, Leistungsplanung und Kooperation die Versorgungsstruktur der Zukunft definieren sollen: Es wird ermittelt, was benötigt wird, das Notwendige geplant und schließlich zweckgebunden finanziert. Allerdings müsste hierbei eine andere Prämisse gelten, nämlich das Primat des gesellschaftlichen Bedarfs und nicht das der Ressourcenknappheit. Letztere ist gerade in kapitalistischen Gesellschaften kein Naturgesetz, die sich ja durch wachsenden gesellschaftlich produzierten Reichtum auszeichnen. Dieser ist aber ungleich verteilt, und das ist wiederum eine politische Frage.

LITERATUR

- AOK Bundesverband (2022):** AOK-Positionen für eine Reform der Vorhaltekostenfinanzierung im Krankenhausbereich, Berlin, unter: www.aok-bv.de/imperia/md/aokbv/positionen/positionspapiere/aok-positionen_vorhaltekosten_krankenhaus.pdf (letzter Zugriff: 31.5.2023).
- Augurzky, Boris (2014):** Mehr als jedes zehnte Krankenhaus ist verzichtbar. Ergebnisse des Krankenhaus Rating Reports 2014 zur wirtschaftlichen Lage der Kliniken, in: Der Neue Kämmerer 3/2014, S. 18.
- Augurzky, Boris (2020):** Gewinne im Krankenhaus, in: Krankenhaus-Report 2020, S. 185–203, unter: https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-662-60487-8_10 (letzter Zugriff: 31.5.2023).
- Augurzky, Boris (2021):** Was kommt nach dem DRG-System? «Weiter so» bedeutet auf kurz oder lang Rationierung, in: KU Gesundheitsmanagement 3/2021, S. 17–20.
- Augurzky, Boris/Busse, Reinhard/Gerlach, Ferdinand/Meyer, Gabriele (2020):** Richtungspapier zu mittel- und langfristigen Lehren. Zwischenbilanz nach der ersten Welle der Corona-Krise 2020, unter: www.bertelsmann-stiftung.de/de/publikationen/publikation/did/zwischenbilanz-nach-der-ersten-welle-der-corona-krise-2020-all (letzter Zugriff: 31.5.2023).
- Augurzky, Boris/Holzinger, Stephan (2015):** Netzwerkmedizin – Fakten. Diskurs. Perspektiven für die praktische Umsetzung, hrsg. von der Stiftung Münch, Heidelberg.
- Bayerischer Rundfunk (2022):** Kontrovers-Interview mit Prof Martina Hasseler, Pflegewissenschaftlerin. Pflegemängel: Systemisch und strukturell?, 10.2.2022, unter: www.youtube.com/watch?v=N5lCkII51BI (letzter Zugriff: 12.7.2023).
- Bertelsmann Stiftung (2006):** Jahresbericht 2005.
- Bertelsmann Stiftung (Hrsg.) (2019a):** Neuordnung der Krankenhaus-Landschaft. Eine bessere Versorgung ist nur mit weniger Kliniken möglich, unter: https://rsm-bst-update.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/BSt/Publikationen/GrauePublikationen/VV_SG_Krankenhaus-Landschaft_final.pdf (letzter Zugriff: 31.5.2023).
- Bertelsmann Stiftung (Hrsg.) (2019b):** Zukunftsfähige Krankenhausversorgung. Simulation und Analyse einer Neustrukturierung der Krankenhausversorgung am Beispiel einer Versorgungsregion in Nordrhein-Westfalen, unter: www.bertelsmann-stiftung.de/de/publikationen/publikation/did/zukunftsfahige-krankenhausversorgung/ (letzter Zugriff: 31.5.2023).
- BMG – Bundesministerium für Gesundheit (2022a):** Bundesgesundheitsminister Lauterbach zur Krankenhausreform und den Isolations- und Quarantäneregeln, 2.5.2022, unter: www.youtube.com/watch?v=d--GG-AGooE (letzter Zugriff: 31.5.2023).
- BMG – Bundesministerium für Gesundheit (2022b):** Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung, unter: www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/gesundheitswesen/krankenhausreform.html (letzter Zugriff: 31.5.2023).
- Busse, Reinhard (2006):** Gesundheitsökonomie. Ziele, Methodik und Relevanz, in: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 1/2006, S. 3–10.
- Busse, Reinhard (2021):** Was in der nächsten Legislaturperiode wirklich verändert gehört, in: kma Klinik Management aktuell 9/2021, S. 41–43.
- Busse, Reinhard/Berger, Elke (2018):** Weniger (Standorte, Betten und Fälle) ist mehr (Zugang, Qualität und Ergebnisse): Standpunkte der Gesundheitsökonomie, in: Janssen, Dirk/ Augurzky, Boris (Hrsg.): Krankenhauslandschaft in Deutschland. Zukunftsperspektiven – Entwicklungstendenzen – Handlungsstrategien, Stuttgart, S. 99–114.
- Busse, Reinhard/Eckhardt, Helene/Geraedts, Max (2020):** Vergütung und Qualität: Ziele, Anreizwirkungen, internationale Erfahrungen und Vorschläge für Deutschland, in: Krankenhaus-Report 2020, S. 205–227.
- DKG – Deutsche Krankenhausgesellschaft (2023):** DKG zur Auswirkungsanalyse der Vorschläge der Reformkommission, 13.2.2023, unter: www.dkgev.de/dkg/presse/details/dkg-plaediert-fuer-auge-nmass-und-bringt-eigenen-vorschlag-in-die-reformdiskussion-ein/ (letzter Zugriff: 31.5.2023).
- Deutscher Bundestag (2022):** Stenografischer Bericht, 76. Sitzung des Bundestags, 15.12.2022, unter: <https://dserver.bundestag.de/btp/20/20076.pdf> (letzter Zugriff: 31.5.2023).
- Deutsches Ärzteblatt (2022):** Tom Bschor: Koordinator der Krankenhauskommission, 31–32/2022, unter: www.aerzteblatt.de/archiv/226390/Tom-Bschor-Koordinator-der-Krankenhauskommission (letzter Zugriff: 31.5.2023).
- Haeske-Seeberg, Heidemarie (2021):** Handbuch Qualitätsmanagement im Krankenhaus. Strategie, Analysen, Konzepte, 3. Aufl., Stuttgart.
- hcb – Institute for Health Care Business GmbH (2022):** Krankenhausversorgung 2030 im Land Bremen. Endbericht für die Senatorin für Gesundheit, Frauen und Verbraucherschutz, 30.11.2022.

- Heim, Manuela (2022):** «Ohne Reform crasht das System», in: taz, 17.12.2022, unter: <https://taz.de/Mediziner-ueber-die-Krankenhausmisere!/5902812/> (letzter Zugriff: 31.5.2023).
- Huster, Stefan (2022):** Solidarität und Gesundheit, in: Hofmann, Claudia Maria/ Spiecker genannt Döhmann, Indra (Hrsg.): Solidarität im Gesundheitswesen. Strukturprinzip, Handlungsmaxime, Motor für Zusammenhalt?, Berlin, S. 45–68.
- Kingreen, Thorsten (2012):** Welche gesetzlichen Regelungen empfehlen sich zur Verbesserung eines Wettbewerbs zwischen gesetzlicher und privater Krankenversicherung?, Referat auf dem 69. Deutschen Juristentag am 19.9.2012 in München, unter: www.uni-regensburg.de/assets/rechtswissenschaft/oeffentliches-recht/kingreen/referat-djt-kingreen-vortragsfassung.pdf (letzter Zugriff: 31.5.2023).
- Krankenhaus statt Fabrik (2023a):** Bewertung der Vorschläge der Regierungskommission. «Grundlegende Reform der Krankenhausfinanzierung», unter: www.krankenhaus-statt-fabrik.de/53227 (letzter Zugriff: 31.5.2023).
- Krankenhaus statt Fabrik (2023b):** Bewertung der Vorschläge der Regierungskommission. «Reform der Notfall- und Akutversorgung», unter: www.krankenhaus-statt-fabrik.de/53228 (letzter Zugriff: 31.5.2023).
- Kühl, Richard/Tümmers, Henning (2019):** Auf dem Markt. Das bundesdeutsche Krankenhaus – Skizzen zu einer Gegenwartsgeschichte, in: Zeithistorische Forschungen/Studies in Contemporary History 16, S. 261–282, unter: https://doks.zeitgeschichte-digital.de/doks/frontdoor/deliver/index/docId/1952/file/ZF_2_2020_261_282_Kuehl_Tuemmers.pdf (letzter Zugriff: 31.5.2023).
- Leidinger, Christiane (2011):** Einflusspotentiale in der Versorgung: Gesundheitspolitische AkteurInnen im Gesundheitswesen, Vortrag auf der AKF-Jahrestagung 2011 «Gesichter der Frauengesundheit», unter: www.arbeitskreis-frauengesundheit.de/wp-content/uploads/2015/07/03_leidinger.pdf (letzter Zugriff: 31.5.2023).
- Lengwiler, Martin (2020):** Gesundheit als Investment. Die doppelte Geschichte der Gesundheitsökonomie, in: Zeithistorische Forschungen/Studies in Contemporary History 17, S. 335–348, unter: https://zeitgeschichte-digital.de/doks/frontdoor/deliver/index/docId/1949/file/ZF_2_2020_335_348_Lengwiler.pdf (letzter Zugriff: 31.5.2023).
- Leopoldina – Nationale Akademie der Wissenschaften (2016):** Zum Verhältnis von Medizin und Ökonomie im deutschen Gesundheitssystem. 8 Thesen zur Weiterentwicklung zum Wohle der Patienten und der Gesellschaft, Halle, unter: www.leopoldina.org/publikationen/detailansicht/publication/zum-verhaeltnis-von-medin-und-oekonomie-im-deutschen-gesundheitssystem-2016/ (letzter Zugriff: 31.5.2023).
- Müller, Martin U./Schmergal, Cornelia (2022):** «Ein Krankenhaus hat den Charakter einer Feuerwehr», in: Der Spiegel 16/2022, unter: www.spiegel.de/wirtschaft/charite-chef-heyo-kroemer-ein-krankenhaus-hat-den-charakter-einer-feuerwehr-a-db1b3122-a2b6-4ae9-93d9-8fdbf5bc6b45 (letzter Zugriff: 31.5.2023).
- Münkler, Laura (2020):** Expertokratie. Zwischen Herrschaft kraft Wissens und politischem Dezisionismus, Tübingen.
- Münkler, Laura (2022):** Wirtschaftlichkeit als Solidargrenze? Kontingenz und Ironie von Kosten-Nutzen-Bewertungen als Allokationsmaßstab, in: Hofmann, Claudia Maria/Spiecker genannt Döhmann, Indra (Hrsg.): Solidarität im Gesundheitswesen. Strukturprinzip, Handlungsmaxime, Motor für Zusammenhalt?, Berlin, S. 115–136.
- PD – Berater der öffentlichen Hand GmbH (2019):** Gutachten Krankenhaus-Landschaft NRW – Kurzfassung, unter: https://broschuerenservice.nrw.de/mags/shop/Gutachten_Krankenhauslandschaft_Nordrhein-Westfalen-_Kurzfassung_- (letzter Zugriff: 31.5.2023)
- Phoenix vor Ort (2022):** Prof. Jörg Dötsch zur angespannten Lage in Kinderkliniken, 5.12.2022, unter: www.youtube.com/watch?v=sJpRuIR2xQA (letzter Zugriff: 31.5.2023).
- Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung (2022):** Dritte Stellungnahme und Empfehlung der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung. Grundlegende Reform der Krankenhausvergütung, unter: www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/K/Krankenhausreform/3te_Stellungnahme_Regierungskommission_Grundlegende_Reform_KH-Verguetung_6_Dez_2022_mit_Tab-anhang.pdf (letzter Zugriff: 31.5.2023).
- Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung (2023):** Vierte Stellungnahme und Empfehlung der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung. Reform der Notfall- und Akutversorgung in Deutschland. Integrierte Notfallzentren und Integrierte Leitstellen, unter: www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/K/Krankenhausreform/Vierte_Stellungnahme_Regierungskommission_Notfall_ILS_und_INZ.pdf (letzter Zugriff: 31.5.2023).

- Röhn-Klinikum AG (2023):** Aufsichtsrat, unter: www.rhoen-klinikum-ag.com/konzern/unternehmensfuehrung/aufsichtsrat.html (letzter Zugriff: 31.5.2023).
- Schang, Laura/Sundmacher, Leonie/Grill, Eva (2019):** Neue Formen der Zusammenarbeit im ambulanten und stationären Sektor: ein innovatives Förderkonzept, in: *Das Gesundheitswesen* 82, S. 514–519, unter: www.thieme-connect.de/products/ejournals/pdf/10.1055/a-0829-6465.pdf (letzter Zugriff: 31.5.2023).
- Schiller, Susanne (2007):** Untersuchung der politischen und gesellschaftlichen Einflussnahme der Bertelsmann Stiftung auf die Reformen im öffentlichen Bereich, Diplomarbeit, Bremen, unter: www.axel-troost.de/de/article/2485.einflussnahme-der-bertelsmann-stiftung-auf-die-reformen-im-oeffentlichen-bereich.html (letzter Zugriff: 31.5.2023).
- Scholz, Anna-Lena (2022):** Zwischen Charité und Kanzleramt, *Zeit Online*, 13.9.2022, unter: www.zeit.de/2022/37/charite-uni-klinik-berlin-heyokroemer (letzter Zugriff: 31.5.2023).
- Schulenburg, J.-Matthias Graf/Greiner, Wolfgang (2007):** Gesundheitsökonomik, Tübingen.
- Schulz, Jorinde (2023):** Dänemarks Abbau der Nahversorgung, in: *Die Zeit ist reif. Wo bleibt die Revolution? Sonderveröffentlichung gegen Klinikschließungen*, hrsg. vom Bündnis Klinikrettung, S. 3, unter: www.gemeingut.org/wordpress/wp-content/uploads/2023/02/gib_kh-beilage_DOWNLOAD_030223.pdf (letzter Zugriff: 31.5.2023).
- Simon, Michael (2019):** Das deutsche DRG-System: Vorgeschichte und Entwicklung seit seiner Einführung, in: Dietrich, Anja/Braun, Bernard/Gerlinger, Thomas/Simon, Michael (Hrsg.): *Geld im Krankenhaus. Eine kritische Bestandsaufnahme des DRG-Systems*, Wiesbaden, S. 3–27.
- Simon, Michael (2023):** Die Empfehlungen der Regierungskommission für eine grundlegende Reform der Krankenhausfinanzierung: Analyse und Kritik, unter: https://f5.hs-hannover.de/fileadmin/HsH/Fakultaet_V/Bilder_Datein/UEber_uns/Personen/Simon__2023__Regierungskommission_Reform_Krankenhausfinanzierung.pdf (letzter Zugriff: 12.7.2023).
- SPD/BÜNDNIS 90/Die Grünen/FDP (Hrsg.) (2021):** Mehr Fortschritt wagen. Bündnis für Freiheit, Gerechtigkeit und Nachhaltigkeit. Koalitionsvertrag 2021–2025 zwischen der Sozialdemokratischen Partei Deutschlands (SPD), Bündnis 90/Die Grünen und den Freien Demokraten (FDP), unter: www.spd.de/fileadmin/Dokumente/Koalitionsvertrag/Koalitionsvertrag_2021-2025.pdf (letzter Zugriff: 31.5.2023).
- Stiftung Münch (2019a):** Boris Augurzky ist neuer Vorstandsvorsitzender der Stiftung Münch, 26.9.2019, unter: www.stiftung-muench.org/boris-augurzky-ist-neuer-vorstandsvorsitzender-der-stiftung-muench/ (letzter Zugriff: 31.5.2023).
- Stiftung Münch (2019b):** Netzwerkmedizin, unter: www.stiftung-muench.org/netzwerkmedizin/ (letzter Zugriff: 31.5.2023).
- Stiftung Münch (2021):** Preisträger 2021, 24.11.2021, unter: www.stiftung-muench.org/preistraeger-2021/ (letzter Zugriff: 31.5.2023).
- Stiftung Münch (2022a):** Klasse statt Masse: Wie kann die Krankenhausfinanzierung neu geregelt werden?, *BrainSnack*, Dezember 2022, unter: www.stiftung-muench.org/brain-snack/ (letzter Zugriff: 31.5.2023).
- Stiftung Münch (2022b):** Vorhaltepauschalen neben den DRG für bedarfsgerechte Leistungsmengen und Strukturen, 2.12.2022, unter: www.stiftung-muench.org/vorhaltepauschalen-neben-den-drg-fuer-bedarfsgerechte-leistungsmengen-und-strukturen/ (letzter Zugriff: 31.5.2023).
- Sundmacher, Leonie (2017):** «Mein Interesse gilt der Langstrecke», in: *Monitor Versorgungsforschung* 5, S. 28–30, unter: www.monitor-versorgungsforschung.de/abstract/mein-interesse-gilt-der-langstrecke/ (letzter Zugriff: 31.5.2023).
- tagesschau (2022):** Krankenhausreform. Lauterbach verspricht «Revolution», 6.12.2022, unter: www.tagesschau.de/inland/krankenhausreform-101.html (letzter Zugriff: 31.5.2023).
- tagesschau (2023):** «Günstige Situation», Christian Karagiannidis, Präsident Deutsche Gesellschaft für Internistische Intensivmedizin, zum Wegfall der Corona-Maßnahmen, 1.2.2023, unter: www.tagesschau.de/multimedia/video/video-1149929.html (letzter Zugriff: 31.5.2023).
- Teusch, Achim (2022):** Kein Bett zu viel. Eine Kritik am Modellprojekt «Krankenhausplanung in Nordrhein-Westfalen», hrsg. von der Rosa-Luxemburg-Stiftung, *luxemburg beiträge* 10, unter: www.rosalux.de/fileadmin/rls_uploads/pdfs/luxemburg_beitraege/lux_beitr_10_KeinBettZuViel_web.pdf (letzter Zugriff: 31.5.2023).
- Werle, Herrmann (2009):** Nach der Reform ist vor der Reform – Wie die Bertelsmann-Stiftung die Ökonomisierung des Gesundheitswesens vorantreibt, *BertelsmannKritik*, unter: www.bertelsmannkritik.de/gesundheit.htm (letzter Zugriff: 31.5.2023).
- Wikipedia (2022):** Reinhard Busse, unter: https://de.wikipedia.org/wiki/Reinhard_Busse#cite_note-29 (letzter Zugriff: 31.5.2023).

ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS

AOK	Allgemeinen Ortskrankenkasse
BMC	Bundesverband Managed Care
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
CKM	Centrum für Krankenhausmanagement
DKG	Deutsche Krankenhausgesellschaft
DRG	Diagnosis Related Groups
EBM	Einheitlicher Bewertungsmaßstab
FSB	Feststellungsbescheid
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GEK	Gmünder Ersatzkasse
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GZ	Gesundheitszentrum
hcb	Institute for Health Care Business GmbH
HECOR	Gesundheitsökonomisches Zentrum Berlin
ILS	Integrierte Leitstelle
INZ	Integriertes Notfallzentrum
IVZ	Integriertes Versorgungszentrum
KHGG NRW	Krankenhausgestaltungsgesetz Nordrhein-Westfalen
LB	Leistungsbereich
LG	Leistungsgruppe
MD	Medizinischer Dienst
MVZ	Medizinisches Versorgungszentrum
NRW	Nordrhein-Westfalen
OPS	Operationen- und Prozedurenschlüssel
RWI	Leibniz-Institut für Wirtschaftsforschung
SGB	Sozialgesetzbuch
TK	Techniker Krankenkasse
TU	Technische Universität
VfS	Verein für Socialpolitik
WHO	Weltgesundheitsorganisation