

Mario A. Pfannstiel  
Roger Jaeckel  
Patrick Da-Cruz *Hrsg.*

# Market Access im Gesundheitswesen

Hürden und Zugangswege  
zur Gesundheitsversorgung



Springer Gabler



# Market Access im Gesundheitswesen

---

Mario A. Pfannstiel • Roger Jaeckel  
Patrick Da-Cruz  
Hrsg.

# Market Access im Gesundheitswesen

Hürden und Zugangswege zur  
Gesundheitsversorgung

*Hrsg.*

Mario A. Pfannstiel  
Fakultät Gesundheitsmanagement  
Hochschule Neu-Ulm  
Neu-Ulm, Deutschland

Roger Jaeckel  
Fakultät Gesundheitsmanagement  
Hochschule Neu-Ulm  
Neu-Ulm, Deutschland

Patrick Da-Cruz  
Fakultät Gesundheitsmanagement  
Hochschule Neu-Ulm  
Neu-Ulm, Deutschland

ISBN 978-3-658-25140-6      ISBN 978-3-658-25141-3 (eBook)  
<https://doi.org/10.1007/978-3-658-25141-3>

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

Springer Gabler

© Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH, ein Teil von Springer Nature 2020

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung, die nicht ausdrücklich vom Urheberrechtsgesetz zugelassen ist, bedarf der vorherigen Zustimmung des Verlags. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Bearbeitungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Die Wiedergabe von allgemein beschreibenden Bezeichnungen, Marken, Unternehmensnamen etc. in diesem Werk bedeutet nicht, dass diese frei durch jedermann benutzt werden dürfen. Die Berechtigung zur Benutzung unterliegt, auch ohne gesonderten Hinweis hierzu, den Regeln des Markenrechts. Die Rechte des jeweiligen Zeicheninhabers sind zu beachten.

Der Verlag, die Autoren und die Herausgeber gehen davon aus, dass die Angaben und Informationen in diesem Werk zum Zeitpunkt der Veröffentlichung vollständig und korrekt sind. Weder der Verlag, noch die Autoren oder die Herausgeber übernehmen, ausdrücklich oder implizit, Gewähr für den Inhalt des Werkes, etwaige Fehler oder Äußerungen. Der Verlag bleibt im Hinblick auf geografische Zuordnungen und Gebietsbezeichnungen in veröffentlichten Karten und Institutionsadressen neutral.

Springer Gabler ist ein Imprint der eingetragenen Gesellschaft Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH und ist ein Teil von Springer Nature.

Die Anschrift der Gesellschaft ist: Abraham-Lincoln-Str. 46, 65189 Wiesbaden, Germany

---

## Vorwort

Der Zugang zur Gesundheitsversorgung erlebt gegenwärtig eine noch nie da gewesene Entwicklungsdynamik, deren Entstehung nur zum Teil durch gesundheitspolitische Reformmaßnahmen selbst erklärt werden kann. Der demografische Wandel und die fortschreitende Digitalisierung, um nur zwei strukturverändernde Mainstreams zu nennen, entfalten vielfältige Implikationen, die zunehmend auch die Bereiche Gesundheit und Pflege betreffen.

Die bereits im ersten Market-Access-Band geäußerte Feststellung, dass der Zugang zum Gesundheitssystem aus Patientensicht immer bedeutsamer wird, kann mit der für die 19. Legislaturperiode und zwischen CDU, CSU und SPD vereinbarte Reformagenda eindrucksvoll bestätigt werden. Zwar bleiben innovative Produkte und Dienstleistungen im Blickfeld der Gesundheitspolitik. Allerdings spielt der Mangel an pflegerischen Kapazitäten sowohl im Krankenhaus als auch im Bereich der stationären Pflege eine versorgungspolitisch so dominante Rolle, sodass im Ergebnis der Begriff „Market Access“ inhaltlich eine wesentlich breitere Auslegung erfährt. Dabei ist auffallend, dass zur Beseitigung defizitärer Zugänge zur Gesundheitsversorgung zunehmend staatliche Steuerungsmechanismen eingesetzt werden, die letztlich auch eine Abkehr von dem das deutsche Gesundheitssystem bisher prägenden Selbstverwaltungsprinzip bedeuten.

Eine erste Bewertung der für 2019 geplanten Reformgesetze offenbart im Bereich Market Access eine Schwerpunktverlagerung regulatorischer Themenfelder, die weniger innovationslastig geprägt sind und dafür mehr Handlungsspielräume für eine mehr ressourcenorientiertere Versorgungssteuerung beanspruchen. Gleichzeitig bleibt die Digitalisierung als Innovationstreiber auf der Market-Access-Agenda.

Basierend auf dem Ansatz einer Gesundheitsversorgung 4.0 bleibt der Mangel an Personalressourcen im Gesundheitswesen auf längere Zeit ein Dauerbrenner. Welche strategischen Handlungsfelder müssen dabei gesundheitspolitisch aktiv besetzt werden, damit es nicht zu einem ruinösen Wettbewerbsverhalten zwischen privatwirtschaftlichem und öffentlichem Sektor kommt? Für das auch künftige Funktionieren sozialer Sicherungssysteme einschließlich des Zugangs zur gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung macht sich der Gedanke einer sinnvollen Koexistenz von menschlicher und künstlicher Intelligenz breit.

Eine qualitätsorientierte und wirtschaftliche Steuerung medizinischer Leistungen ist auf Dauer ohne die aktive Einbindung des betreffenden Patienten schwer leistbar. Das Konzept des Shared Decision Making setzt daher bei einer stärkeren Beteiligung des Patienten an der medizinischen Entscheidungsfindung an. Am Beispiel der Nierenersatztherapie wird dieser partizipative Behandlungsansatz verdeutlicht und beschrieben, zu welchen medizinischen und gesundheitsökonomischen Effekten dies im Ergebnis führen kann. Dieser induktiv gewählte Ansatz beschreibt die Möglichkeiten eines neuen Leitbildes für das Gesundheitssystem des 21. Jahrhunderts.

Als Instrument zur strategischen Früherkennung von politisch und wirtschaftlich bedeutsamen Innovationen wird das Horizon Scanning weltweit auch in unterschiedlichen Gesundheitssystemen eingesetzt, um valide Informationen bezüglich neuer Gesundheitstechnologien zu generieren. Vor dem Hintergrund der immer schnelleren Entwicklung von Innovationen im Gesundheitswesen ein zielführender Ansatz, den Zugang neuer Gesundheitstechnologien auf eine strukturierte Informationsgrundlage zu stellen.

Besondere Herausforderungen ergeben sich im Kontext von Arzneimitteln und Medizinprodukten. Aspekte der Zulassungsharmonisierung im europäischen Kontext dürften hier in Zukunft an Bedeutung gewinnen. Eine zentrale Frage besteht in diesem Zusammenhang in der Nutzenbewertung derartiger Produkte, die sowohl medizinische als auch ökonomische und sonstige Nutzenkategorien inkludiert. Da die Industrie zunehmend Lösungspakete anbietet, die aus Produkten und Dienstleistungen bestehen, müssen Verfahren der Nutzenbewertung entsprechend weiterentwickelt werden. Im Zusammenhang mit digitalen Begleitangeboten für Produkte werden vielfältige Nutzenpositionen entstehen, die es zu berücksichtigen gilt. Die Individualisierung der Therapie wird in der Zukunft weitere Fragen aufwerfen.

Vergütungssysteme für Arzneimittel und Medizinprodukte, die sich an der Performance der Produkte und Dienstleistungen orientieren, spielen bislang eine untergeordnete Rolle, werden seitens der Kostenträger aber immer stärker eingefordert. Die Hersteller sollten dieser Thematik proaktiv entgegenreten und eigene Vorschläge für innovative Pricing-Arrangements einbringen.

Aus Sicht der Politik sind insbesondere auch Standortfragen relevant. Die einstige Position als „Apotheke der Welt“ hat Deutschland längst verloren und auch auf europäischer Ebene finden sich nur wenige Pharmaunternehmen, die sich unter den Top-20-Unternehmen im Weltranking finden. Angesichts weiter steigender F&E-Ausgaben und vielfach stagnierender F&E-Produktivitäten ist das Thema „kritische“ Größe sowohl für Pharma- als auch Medizinprodukteunternehmen auf der Tagesordnung und findet Niederschlag in Fusionen, Übernahmen oder Kooperationen.

Die Neujustierung der ambulanten und stationären Versorgung gehört zu den notwendigen Reformvorhaben, um die bedarfsgerechte und hochqualitative Versorgung der Bevölkerung langfristig sicherstellen zu können. Die selbstständige Erfüllung des Versorgungsauftrags durch die Akteure und Einrichtungen unterliegen dabei dem

operationalen Paradigma aus Prioritätensetzung, Privatisierung und Rationierung. Hinzu kommt, dass bundesweit einheitliche Definitionen und verbindliche Vorgaben und Standards, z. B. im Bereich der Notfallversorgung, fehlen. Auch im Bereich der Nierentransplantation besteht keine flächendeckende sektorenübergreifende Versorgungsstruktur. Die Lösung kann hier nur eine am Patienten fokussierte Leistungserbringung sein, die auf Nachhaltigkeit ausgerichtet ist. Es müssen klare Strukturvorgaben und Zuständigkeiten bestehen und koordinierte Versorgungsstrukturen etabliert werden, um bestehende Sektorengrenzen zu überwinden oder um eine optimierte intersektorale Versorgung zu gewährleisten.

Mit der Lockerung des Fernbehandlungsverbots hat die verfasste Ärzteschaft gezeigt, dass sie das Potenzial an digital unterstützten Versorgungsangeboten erkannt hat und dieses zum Ausbau der Versorgungsstruktur nutzen möchte. Der enorme Bedeutungszuwachs von mHealth- und Ambient-Assisted-Living-Anwendungen zeigt, dass vielfach neben wirtschaftlichen Argumenten auch patienten- und arztbezogene Lösungen mit einfließen müssen, um Versorgungslücken zu schließen. Die politischen Rahmenbedingungen müssen stimmen, damit neue digitale Versorgungs- und Geschäftsmodelle ihren Eingang in das Gesundheitssystem finden. Durch interdisziplinäre Zusammenarbeit kann der Nachweis von Wirksamkeit und Nutzen bei telemedizinischen Anwendungen erbracht werden. In den nächsten Jahren muss die digitale Gesundheitsversorgung zu einem wesentlichen Baustein der medizinischen Regelversorgung werden. Mit dem Ausbau der digitalen Versorgungsstruktur muss einhergehend die Inanspruchnahme von digitalen Versorgungsangeboten optimiert werden. Ermöglicht werden kann dies durch die zielgerichtete Vernetzung der Leistungsträger und -anbieter.

Die Beiträge in diesem Sammelband beziehen sich auf die zuvor beschriebenen Themengebiete (TG), die nachfolgend eine Einordnung für den Leser dieses Sammelbandes erfahren:

**Tab.:** Themengebiete des Sammelbandes. (Quelle: Eigene Darstellung (2018))

Themengebiet	Beitrag
TG 1: Politische Rahmenbedingungen und Systemperspektiven	1, 2, 3, 4
TG 2: Ambulante Versorgungsalternativen	5, 6, 7
TG 3: Nutzen- und Methodenbewertung neuer Arzneimittel und Medizinprodukte	8, 9, 10, 11, 12
TG 4: Sektorenübergreifende Versorgung	13, 14, 15
TG 5: Digitalisierung der Gesundheitsversorgung	16, 17, 18

Die Beiträge der einzelnen Autoren in diesem Sammelband sind wie folgt zusammengestellt: Zusammenfassung, Gliederung, Anschrift, Einleitung, Hauptteil, Schluss, Literaturverzeichnis und Autorenbiografie. Die Ausführungen und Erkenntnisse der Beiträge werden von jedem Autor in einer Schlussbetrachtung am Beitragsende zusammengefasst. Im Anhang wird ein Stichwortverzeichnis bereitgestellt, das zum besseren Verständnis des Sammelbandes dienen und die gezielte Themensuche beschleunigen soll.

Wir möchten uns bei den zahlreichen Autoren des Bandes bedanken, die viele aktuelle und spannende Themen aus Praxis und Wissenschaft in den Band eingebracht haben. Weiterhin möchten wir uns ganz herzlich an dieser Stelle bei Frau Schlomski und bei Frau Udhayakumar bedanken, die uns bei der Erstellung des Sammelbandes sehr mit ihren Ideen unterstützt haben.

Neu-Ulm, im Oktober 2019

Mario A. Pfannstiel  
Roger Jaeckel  
Patrick Da-Cruz

---

# Inhaltsverzeichnis

## Teil I Politische Rahmenbedingungen und Systemperspektiven

- 1 Market Access im Spannungsfeld zwischen innovations- und ressourcenorientierter Versorgungssteuerung . . . . . 3**  
Roger Jaeckel
- 2 Gesundheitssystem 2030 – Ist eine Fortschreibung des Status quo leistbar? . . . 15**  
Claudia Wöhler
- 3 Das Konzept des Shared Decision Making am Beispiel der Nierenersatztherapie in der Nephrologie . . . . . 39**  
Gabriele V. Hackenberg
- 4 Horizon Scanning im Gesundheitssystem. . . . . 57**  
Simone Breitkopf, Dennis Häckl und Hannah Lintener

## Teil II Ambulante Versorgungsalternativen

- 5 Ambulante ärztliche Versorgung im Spannungsfeld zwischen verpflichtendem Primärarztmodell und freier Arztwahl . . . . . 79**  
Andrea Mangold
- 6 Ambulante Behandlung im Krankenhaus – Zugänge und deren Verankerung im GKV-System . . . . . 97**  
Ute Walter und Dominik Strobl
- 7 Versorgungsüberblick in der ambulant ärztlichen Palliativversorgung . . . . 117**  
Rebecca Zeljar

## Teil III Nutzen- und Methodenbewertung neuer Arzneimittel und Medizinprodukte

- 8 Evidenzbasierte Medizin in Deutschland – Zugangssteuerung oder Innovationsbremse für Medizinprodukte? . . . . . 135**  
Kerstin Worf, Nadine Tränkner und Michael Wilke

<b>9 Nutzenbewertung von innovativen Medizinprodukten – Die Grenzen in der Trennbarkeit von Methoden- und Produktbewertung am Beispiel der „kontinuierlichen interstitiellen Glukosemessung mit Real-Time-Messgeräten (rtCGM)“</b> .....	169
Agnieszka Raddatz	
<b>10 Innovationen in der Krankenhausversorgung – NUB-Verfahren und Methodenbewertung</b> .....	191
Anja Hoffmann und Thomas Kersting	
<b>11 Können die Preise für neue Medikamente sinken?</b> .....	209
Alejandro Cornejo Müller, Tim Rödiger und Jürgen Graalmann	
<b>12 Einführung einer europäischen Nutzenbewertung von Arzneimitteln und Medizinprodukten – Inhalte und Kontext des Vorschlags der EU-Kommission</b> .....	239
Patricia Ex	
<b>Teil IV Sektorenübergreifende Versorgung</b>	
<b>13 Nejustierung der Notfallversorgung durch sektorenübergreifende Notfallzentren</b> .....	253
Andreas Beivers	
<b>14 NTx360° – Ein klinik- und sektorenübergreifendes koordiniertes, multimodales, telemedizinbasiertes Nachsorgemodell nach Nierentransplantation</b> .....	269
Lars Pape, Anna-Lena Mazhari, Hans-Dieter Nolting, Julia K. Wolff, Raoul Gertges, Melanie Hartleib-Otto, Martina de Zwaan, Uwe Tegtbur, Gerhard Lonnemann, Volker Kliem, Fabiola Feldhaus, Nils Hellrung und Mario Schiffer	
<b>15 Intersektorale Versorgungsstrukturen – Zwischen Untergang und Aufbruchsstimmung</b> .....	287
Ursula Hahn	
<b>Teil V Digitalisierung der Gesundheitsversorgung</b>	
<b>16 Die Rolle telemedizinischer Zentren für die Entwicklung und Koordination von Innovationen in der Gesundheitstelematik</b> .....	303
Siegfried Jedamzik und Harald Bruder	
<b>17 Systempartnerschaften im Gesundheitswesen – Was ist drin für die Versorgung?</b> .....	327
Jessica Hanneken	
<b>18 Medizin 4.0 (Digital Health) – Chancen und Risiken</b> .....	343
Alexander P. F. Ehlers und Julian Bartholomä	
<b>Stichwortverzeichnis</b> .....	363

---

## Über die Herausgeber

**Mario A. Pfannstiel** ist Professor für Betriebswirtschaftslehre im Gesundheitswesen – insbesondere innovative Dienstleistungen und Services an der Hochschule Neu-Ulm. Er besitzt ein Diplom der Fachhochschule Nordhausen im Bereich „Sozialmanagement“ mit dem Vertiefungsfach „Finanzmanagement“, einen M.Sc.-Abschluss der Dresden International University in Patientenmanagement und einen M.A.-Abschluss der Technischen Universität Kaiserslautern und der Universität Witten/Herdecke im Management von Gesundheits- und Sozialeinrichtungen. Die Promotion erfolgte an der Sozial- und Wirtschaftswissenschaftlichen Fakultät und dem Lehrstuhl für Management, Professional Services und Sportökonomie der Universität Potsdam. An der Universität Bayreuth war er beschäftigt als wissenschaftlicher Mitarbeiter am Lehrstuhl für Strategisches Management und Organisation im Drittmittelprojekt „Service4Health“. Im Herzzentrum Leipzig arbeitete er als Referent des Ärztlichen Direktors. Seine Forschungsarbeit umfasst zahlreiche Beiträge, Zeitschriften und Bücher zum Management in der Gesundheitswirtschaft.

**Prof. Dr. Mario Pfannstiel**

Hochschule Neu-Ulm

Fakultät Gesundheitsmanagement

Neu-Ulm

E-Mail: [mario.pfannstiel@hs-new-ulm.de](mailto:mario.pfannstiel@hs-new-ulm.de)

**Roger Jaeckel** ist Honorarprofessor an der Hochschule Neu-Ulm an der Fakultät Gesundheitsmanagement und lehrt Gesundheitsökonomie, Ökonomie des Arzneimittel- und Medizintechnikmarktes und Europäische Gesundheitspolitik. Sein Studium der Verwaltungswissenschaft mit Diplomabschluss hat er an der Universität Konstanz absolviert. Darüber hinaus hat er ein Post-Graduiertenstudium an der Universität Leuven (Belgien) inne mit Abschluss zum European Master in Social Security. Hauptberuflich ist er seit April 2016 bei Baxter Deutschland als Market Access Director D.A.CH beschäftigt. Zuvor hat er 11 Jahre die Abteilung Gesundheitspolitik bei GlaxoSmithKline Pharma Deutschland geleitet. Nach dem Studium begann sein beruflicher Einstieg bei

der Deutschen Angestellten-Krankenkasse als Krankenhausreferent und im Anschluss daran erfolgt eine 15-jährige leitende Tätigkeit beim Verband der Angestelltenkrankenkassen in der Landesvertretung Bayern und dann als Leiter der Ersatzkassenverbände in Baden-Württemberg.

**Prof. Roger Jaeckel**

Market Access Director DACH

Unterschleißheim

E-Mail: [roger\\_jeackel@baxter.com](mailto:roger_jeackel@baxter.com)

**Patrick Da-Cruz**

ist Professor für Betriebswirtschaftslehre und Gesundheitsmanagement an der Fakultät Gesundheitsmanagement der Hochschule Neu-Ulm (HNU) sowie wissenschaftlicher Leiter des MBA-Programms Führung und Management im Gesundheitswesen der HNU. Studium und Promotion erfolgten an den Universitäten Duisburg-Essen, Bayreuth und der Smurfit Graduate School of Business, Dublin. Vor seiner Tätigkeit an der HNU war Herr Da-Cruz bei namhaften Strategieberatungen im Bereich Pharma/Healthcare sowie in Führungsfunktionen in Unternehmen der Gesundheitswirtschaft im In- und Ausland tätig. Er ist regelmäßiger Referent auf Fachtagungen, Autor diverser Veröffentlichungen und engagiert sich ehrenamtlich in verschiedenen Fachgesellschaften des Gesundheitswesens.

**Prof. Dr. Patrick Da-cruz**

Hochschule Neu-Ulm

Fakultät Gesundheitsmanagement

Neu-Ulm

E-Mail: [Patrick.da-cruz@hs-neu-ulm.de](mailto:Patrick.da-cruz@hs-neu-ulm.de)

---

## Herausgeberverzeichnis

**Prof. Dr. Mario Pfannstiel** Fakultät Gesundheitsmanagement, Hochschule Neu-Ulm, Neu-Ulm, Deutschland, [mario.pfannstiel@hs-neu-ulm.de](mailto:mario.pfannstiel@hs-neu-ulm.de)

**Prof. Roger Jaeckel** Baxter Deutschland GmbH, Market Access Director D.A.CH, Unterschleißheim, Deutschland, [roger\\_jaekkel@baxter.com](mailto:roger_jaekkel@baxter.com)

**Prof. Dr. Patrick Da-Cruz** Fakultät Gesundheitsmanagement, Hochschule Neu-Ulm, Neu-Ulm, Deutschland, [Patrick.Da-cruz@hs-neu-ulm.de](mailto:Patrick.Da-cruz@hs-neu-ulm.de)

---

## Autorenverzeichnis

**Prof. Roger Jaeckel** Baxter Deutschland GmbH, Market Access Director D.A.CH, Unterschleißheim, Deutschland, [roger\\_jaekkel@baxter.com](mailto:roger_jaekkel@baxter.com)

**Prof. Dr. Claudia Wöhler** FOM Hochschule München, Deutschland, [woehler@dr-woehler-concepts.de](mailto:woehler@dr-woehler-concepts.de)

**Gabriele Hackenberg** Internistisches Facharztzentrum mit Dialyse, Memmingen-Mindelheim- Leutkirch, Memmingen, Deutschland, [hackenberg@internisten-allgaeu.de](mailto:hackenberg@internisten-allgaeu.de)

**Dr. med. Simone Breitkopf** Berlin, Deutschland, [s.breitkopf@gmx.de](mailto:s.breitkopf@gmx.de)

**Dr. Dennis Häckl** WIG2 GmbH – Institut für Gesundheitsökonomie und Gesundheitssystemforschung, Leipzig, Deutschland, [dennis.haeckl@wig2.de](mailto:dennis.haeckl@wig2.de)

**Hannah Lintener** WIG2 GmbH – Institut für Gesundheitsökonomie und Gesundheitssystemforschung, Leipzig, Deutschland, [hannah.lintener@wig2.de](mailto:hannah.lintener@wig2.de)

**Andrea Mangold** armedis Rechtsanwälte München, München, Deutschland, [muenchen@armedis.de](mailto:muenchen@armedis.de)

**Prof. Dr. Ute Walter** Rechtsanwälte im Medizinrecht, München, Deutschland, [u.walter@ra-profwalter.de](mailto:u.walter@ra-profwalter.de)

**Dominik Strobl** Rechtsanwälte im Medizinrecht, München, Deutschland, [dominikstrobl@gmx.de](mailto:dominikstrobl@gmx.de)

**Rebecca Zeljar** Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek) Landesvertretung, Berlin, Deutschland, [rebecca.zeljar@yahoo.de](mailto:rebecca.zeljar@yahoo.de)

**Kerstin Worf** inspiring-health GmbH, München, Deutschland, [Kerstin.Worf@inspiring-health.de](mailto:Kerstin.Worf@inspiring-health.de)

**Nadine Tränkner** inspiring-health GmbH, München, Deutschland, [Nadine.Traenkner@inspiring-health.de](mailto:Nadine.Traenkner@inspiring-health.de)

**Michael Wilke** inspiring-health GmbH, München, Deutschland, [Michael.Wilke@inspiring-health.de](mailto:Michael.Wilke@inspiring-health.de)

**Dr. Agnieszka Raddatz** Rosbach v.d.H., Deutschland, [agnieszka.raddatz@gmx.de](mailto:agnieszka.raddatz@gmx.de)

**Anja Hoffmann** IGES Institut GmbH, Berlin, Deutschland, [Anja.hoffmann@iges.com](mailto:Anja.hoffmann@iges.com)

**Prof. Dr. med. Thomas Kersting** IMC clinicon, Berlin, Deutschland, [Thomas.kersting@imc-clinicon.de](mailto:Thomas.kersting@imc-clinicon.de)

**Jürgen Graalmann** Die Brückenköpfe GmbH, Berlin, Deutschland, [juergen.graalmann@brueckenkoepfe.de](mailto:juergen.graalmann@brueckenkoepfe.de)

**Tim Rödiger** Die Brückenköpfe GmbH, Berlin, Deutschland, [tim.roediger@brueckenkoepfe.de](mailto:tim.roediger@brueckenkoepfe.de)

**Alejandro Cornejo Müller** Die Brückenköpfe GmbH, Berlin, Deutschland, [alejandro.cornejo@brueckenkoepfe.de](mailto:alejandro.cornejo@brueckenkoepfe.de)

**Dr. Patricia Ex** Geschäftsführerin, Bundesverband Managed Care, Berlin, Deutschland, [ex@bmcev.de](mailto:ex@bmcev.de)

**Prof. Dr. Andreas Beivers** Fachbereich Wirtschaft & Medien, Business School, Hochschule Fresenius, München, Deutschland, [Beivers@hs-fresenius.de](mailto:Beivers@hs-fresenius.de)

**Prof. Dr. med. Lars Pape** Klinik für pädiatrische Nieren-, Leber- und Stoffwechselerkrankungen, Medizinische Hochschule Hannover, Hannover, Deutschland, [pape.lars@mh-hannover.de](mailto:pape.lars@mh-hannover.de)

**Anna-Lena Mazhari** Medizinische Hochschule Hannover, Hannover, Deutschland, [mazhari.anna-lena@mh-hannover.de](mailto:mazhari.anna-lena@mh-hannover.de)

**Hans-Dieter Nolting** IGES Institut, Berlin, Deutschland, [hans-dieter.nolting@iges.com](mailto:hans-dieter.nolting@iges.com)

**Dr. Julia K. Wolff** IGES Institut, Berlin, Deutschland, [julia.wolff@iges.com](mailto:julia.wolff@iges.com)

**Raoul Gertges** Medizinische Hochschule Hannover, Hannover, Deutschland, [gertges.raoul@mh-hannover.de](mailto:gertges.raoul@mh-hannover.de)

**Melanie Hartleib** Medizinische Hochschule Hannover, Hannover, Deutschland, [hartleib.melanie@mh-hannover.de](mailto:hartleib.melanie@mh-hannover.de)

**Prof. Dr. med. Martina de Zwaan** Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie, Medizinische Hochschule Hannover, Hannover, Deutschland, [dezwaan.martina@mh-hannover.de](mailto:dezwaan.martina@mh-hannover.de)

**Prof. Dr. med. Uwe Tegtbur** Institut für Sportmedizin, Medizinische Hochschule Hannover, Hannover, Deutschland, [tegtbur.uwe@mh-hannover.de](mailto:tegtbur.uwe@mh-hannover.de)

**Prof. Dr. med. Gerhard Lonnemann** Gemeinschaftspraxis für Innere Medizin/Nephrologie/Dialyse/Stoffwechselerkrankungen, Langenhagen, Deutschland, [Lonnemann@eickenhof-dialyse.de](mailto:Lonnemann@eickenhof-dialyse.de)

**Prof. Dr.med. Dr.h.c./SPSMU Volker Kliem** Abt. Innere Medizin/Nephrologie, Nephrologisches Zentrum Niedersachsen, Klinikum Hann. Münden, Münden, Deutschland, [v.kliem@khmue.de](mailto:v.kliem@khmue.de)

**Fabiola Feldhaus** Städtisches Klinikum Braunschweig gGmbH, Braunschweig, Deutschland, [fabiola.feldhaus@skbs.digital](mailto:fabiola.feldhaus@skbs.digital)

**Nils Hellrung** symeda GmbH, Braunschweig, Deutschland, [n.hellrung@symeda.de](mailto:n.hellrung@symeda.de)

**Prof. Dr. med. Mario Schiffer** Medizinische Hochschule Hannover, Hannover, Deutschland, [schiffer.mario@mh-hannover.de](mailto:schiffer.mario@mh-hannover.de)

**Dr. rer. medic. Ursula Hahn** Geschäftsführerin der OcuNet Verwaltungs GmbH, OcuNet GmbH & Co. KG, Düsseldorf, Deutschland, [zentrale@ocunet.de](mailto:zentrale@ocunet.de)

**Prof. Dr. med. Siegfried Jedamzik** Bayerische TelemedAllianz (BTA), Ingolstadt, Deutschland, [jedamzik@telemedallianz.de](mailto:jedamzik@telemedallianz.de)

**Harald Bruder** Bayerische TelemedAllianz (BTA), Ingolstadt, Deutschland, [bruder@telemedallianz.de](mailto:bruder@telemedallianz.de)

**Jessica Hanneken** Deutsche Apotheker- und Ärztebank, Düsseldorf, Deutschland, [jessica.hanneken@apobank.de](mailto:jessica.hanneken@apobank.de)

**Prof. Dr. iur. Dr. med. Alexander P. F. Ehlers** Ehlers, Ehlers & Partner Rechtsanwalts-gesellschaft MBB, München, Deutschland, [a.ehlers@eep-law.de](mailto:a.ehlers@eep-law.de)

**Julian Bartholomä** Ehlers, Ehlers & Partner Rechtsanwalts-gesellschaft MBB, München, Deutschland, [j.bartholomae@eep-law.de](mailto:j.bartholomae@eep-law.de)

---

**Teil I**

**Politische Rahmenbedingungen und  
Systemperspektiven**



# Market Access im Spannungsfeld zwischen innovations- und ressourcenorientierter Versorgungssteuerung

1

Roger Jaeckel

## Inhaltsverzeichnis

1.1	Einleitung .....	4
1.2	Die Relevanz von Market Access im neuen Koalitionsvertrag .....	4
1.2.1	Innovationsorientierte Handlungsfelder in der 19. Legislaturperiode .....	5
1.2.2	Ressourcenorientierte Handlungsfelder als neue Market-Access-Leitwährung .....	6
1.2.2.1	Das Pflegepersonal-Stärkungsgesetz (PpSG) .....	7
1.2.2.2	Das Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) .....	8
1.3	Einfluss der neuen Reformgesetzgebung auf die künftige Versorgungssteuerung im Gesundheitswesen .....	10
1.4	Schlussbetrachtung .....	12
	Literatur .....	13

## Zusammenfassung

Der vorliegende Beitrag gibt eine Analyse der aktuellen gesundheitspolitischen Reformgesetzgebung wieder. In diesem Zusammenhang interessiert vor allem die Fragestellung, ob der Stellenwert des Marktzugangs zum Gesundheitssystem im Vergleich zur abgelaufenen Legislaturperiode Änderungen erfahren hat, die auf einen Strategiewechsel der Gesundheitspolitik schließen lassen. Ausgehend von den im Koalitionsvertrag vereinbarten Reforminhalten ist eine Erweiterung des Market-Access-Begriffs festzustellen, der vor allem die Zugangsperspektive zum Gesundheitssystem aus Patientensicht in den Vordergrund rückt. Das Gesundheitswesen erfährt dadurch eine neue

---

R. Jaeckel (✉)  
München, Deutschland  
E-Mail: [roger\\_jaeckel@baxter.com](mailto:roger_jaeckel@baxter.com)

Qualität der Versorgungssteuerung. Die Verbesserung der pflegerischen Versorgung im stationären Bereich sowie der verbesserte Zugang von gesetzlich krankenversicherten Patienten in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung stehen in der 19. Legislaturperiode im Mittelpunkt der reformpolitischen Bemühungen.

---

## 1.1 Einleitung

Mit der Wiederauflage der Großen Koalition ist die pflegerische Versorgung sowohl im Krankenhaus als auch in der Altenpflege zweifelsfrei in den Mittelpunkt gesundheitspolitischer Reformmaßnahmen gerückt. Auf Grundlage des am 7. Februar 2018 vereinbarten Koalitionsvertrages ist bereits deutlich zu erkennen, dass die pflegerische Versorgung zum reformpolitischen Handlungsfeld ersten Ranges erklärt und auch positioniert wurde (vgl. CDU et al. 2018). Als Beleg dafür kann das Sofortprogramm Pflege angeführt werden, welches u. a. die Finanzierung von anfänglich 8000 zusätzlichen Pflegestellen in stationären Pflegeeinrichtungen vorsah. Diese Stellenzahl wurde zwischenzeitlich durch den vorliegenden Gesetzentwurf zur Stärkung des Pflegepersonals mit Beschluss des Bundeskabinetts vom 01.08.2018 sogar auf 13.000 Vollzeitstellen erhöht (vgl. Bundesregierung 2018.)

Dieser Sachverhalt ist Ausgangspunkt des folgenden Beitrags, Market Access als gesundheitspolitischen Themenschwerpunkt inhaltlich auf Basis der aktuellen reformpolitischen Entwicklungen zu analysieren und zu bewerten. Als Hypothesenbildung dient die neu zu beobachtende Grundhaltung, dass aufgrund des sich manifestierenden Personal mangels in unterschiedlichen Versorgungsbereichen (ambulant/stationär/Krankenhaus/Pflege) und Berufsgruppen die Gesundheitspolitik bezüglich der Marktzugangsstrategie dabei ist, einen Paradigmenwechsel einzuleiten. Standen bisher explizit innovationsgetriebene Sachverhalte auf der Reformagenda, muss künftig davon ausgegangen werden, dass die Ressource Mensch beim künftigen Zugang zur gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung eine herausragende Rolle einnimmt. Bedingt durch diese vorgenommene Anpassungsstrategie sieht sich der Regelungskomplex Market Access einem Bedeutungswandel ausgesetzt, der weit über Implementierungsfragen zu neuen Produkten und Dienstleistungen hinausgeht.

---

## 1.2 Die Relevanz von Market Access im neuen Koalitionsvertrag

Wenngleich die Neuauflage der Großen Koalition nur als eine politische Second-Best-Lösung einzustufen ist, nachdem der erste Versuch einer Regierungsbildung in Form des sogenannten Jamaika-Bündnisses kläglich gescheitert war, enthält der neue Koalitionsvertrag im gesundheitspolitischen Kontext eine Fülle an Detailregelungen, die auch den

Innovationsorientierte Handlungsfelder	Ressourcenorientierte Handlungsfelder
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Schnellerer Zugang medizinischer Innovationen in die Regelversorgung</li> <li>• Schnellere Entscheidungsprozesse bei neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden</li> <li>• Förderung der Digitalisierung</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sofortprogramm Pflege</li> <li>• Erhöhung wöchentliche Sprechstundenzeit</li> <li>• Bessere Personalausstattung in Altenpflege und Krankenhaus</li> <li>• Ausbau Terminservicestellen</li> <li>• Sicherstellung durch Eigeneinrichtungen</li> <li>• Stärkung Hospiz-Palliativversorgung</li> </ul>

**Abb. 1.1** Market Access im Spannungsfeld gesundheitspolitischer Vorgaben. (Quelle: Eigene Darstellung (2018))

Market-Access-Bereich betreffen und entsprechend von Bedeutung sind. Zum besseren Verständnis wird zwischen innovations- und ressourcenorientierten Handlungsfeldern unterschieden, um zum einen die vorgenommene Hypothesenbildung zu verifizieren und zum anderen die Ambivalenz des Market-Access-Begriffs besser zu veranschaulichen (vgl. Abb. 1.1).

### 1.2.1 Innovationsorientierte Handlungsfelder in der 19. Legislaturperiode

Dem Bereich Gesundheit und Pflege widmet sich der neue Koalitionsvertrag auf knapp acht Seiten. Das ist quantitativ betrachtet nicht besonders üppig, wenn man bedenkt, dass das gesamte Vertragswerk immerhin 175 Seiten umfasst. Sucht man unter der Rubrik innovative Gesundheitsleistungen nach konsentierten Reformthemen, so fallen folgende vereinbarte Regelungspunkte ins Gewicht (vgl. CDU et al. 2018):

- **Schnellerer Zugang medizinischer Innovationen in die Regelversorgung**  
Dieser Aspekt ist sehr allgemein gehalten und zielt vornehmlich auf eine Straffung der Entscheidungsprozesse beim Gemeinsamen Bundesausschuss ab. Hierzu gehören eine Überarbeitung des Leistungskataloges sowie eine effizientere Ausgestaltung der Ablaufstrukturen.
- **Schnellere Entscheidung über neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden**  
In der ambulanten Versorgung soll aufgrund des vorherrschenden Erlaubnisvorbehaltsprinzips über die Anerkennung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden in Zukunft schneller entschieden werden.
- **Förderung der Digitalisierung im Gesundheitswesen**  
Darunter fällt ein ganzer Maßnahmenstrauß. Neben dem weiteren Ausbau der Telemedizininfrastruktur und die flächendeckende Verfügbarkeit einer elektronischen Patientenakte für alle Versicherten sollen neue Zulassungswege für digitale Anwendungen

geschaffen, die Interoperabilität hergestellt und grundsätzlich die digitale Sicherheit im Gesundheitswesen gestärkt werden (vgl. Jaeckel 2018a).

Auch die pflegerische Versorgung soll mit den Möglichkeiten der Digitalisierung weiterentwickelt werden, um sowohl Pflegekräfte als auch pflegebedürftige Menschen den Zugang zu neuen Informations- und Kommunikationstechnologien besser zu ermöglichen.

Grundsätzlich soll die Anwendung und Abrechenbarkeit telemedizinischer Leistungen ausgebaut werden. Dabei wird sichergestellt, dass die Datenspeicherung den strengen Anforderungen des Datenschutzes unterliegt und die gespeicherten Daten Eigentum der Patienten bleiben.

In Ergänzung dazu wäre die Fortführung des Innovationsfonds über das Jahr 2019 hinaus zu nennen, allerdings mit einem Drittel reduzierten Fördervolumen von künftig 200 Mio. Euro im Vergleich zur bisherigen Förderpraxis. In diese Fördermodalität sollen künftig auch eigene Modellprojekte des Bundesgesundheitsministeriums fallen. Im stationären Sektor werden an die Adresse der Bundesländer deutlich erhöhte Investitionen für Umstrukturierungen, neue Technologien und Digitalisierung als notwendig erachtet, ohne allerdings eine konkrete und nachhaltig wirkende Finanzierungslösung zu benennen. Als strukturbildende Maßnahme wird deshalb der aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds und von den Ländern hälftig finanzierte Strukturfonds um weitere vier Jahre mit einem Volumen von jährlich einer Mrd. Euro fortgeschrieben.

### **1.2.2 Ressourcenorientierte Handlungsfelder als neue Market-Access-Leitwährung**

Die allumfassende Priorisierung pflegerischer Leistungen in der 19. Legislaturperiode ist nicht das Ergebnis kurzfristiger politischer Entscheidungsprozesse, sondern hat sich bereits im Vorfeld der Bundestagswahl 2017 in den Wahlprogrammen aller etablierten und im Bundestag vertretenen Parteien konsensual abgezeichnet (vgl. Jaeckel 2018b). Der verbesserte Zugang zur pflegerischen Versorgung findet daher in den aktuellen Gesetzgebungsverfahren eine konsequente Umsetzung. Insbesondere das ab 2019 geltende Pflegepersonal-Stärkungsgesetz (PpSG) beinhaltet eine fulminante Stellenfinanzierung in der stationären Versorgung (Krankenhaus/stationäre Pflege), die allerdings unterschiedlichen Handlungsmotiven folgt.

Darüber hinaus spielt die schon langjährig anhaltende Diskussion über die Existenz und Folgen einer Zwei-Klassen-Medizin in der deutschen Gesundheitspolitik eine zentrale ordnungspolitische Rolle. Eine bereits langjährig geforderte Handlungsoption besteht in der Forderung der Abschaffung des historisch gewachsenen dualen Krankenversicherungssystems, die durch ein Nebeneinander von gesetzlicher und privater Krankenversicherung gekennzeichnet ist und nach den Vorstellungen insbesondere von Vertretern des linken Parteienspektrums durch die Einführung einer sogenannten Bürgerversicherung ersetzt werden soll (vgl. Jaeckel 2017).

Aus diesem Grund werden gegenwärtig gezielte Reformversuche unternommen, den Zugang gesetzlich Krankenversicherter zum Gesundheitssystem durch die Schaffung entsprechender Leistungs- und Vergütungsanreize aufseiten der Leistungserbringer zu befördern. Als Plattform dient dabei der am 23. Juli 2018 veröffentlichte Referentenentwurf eines Gesetzes für schnellere Termine und bessere Versorgung (Terminservice- und Versorgungsgesetz – TSVG), welches aller Voraussicht nach zum 01.04.2019 in Kraft treten soll (vgl. BMG 2018).

### 1.2.2.1 Das Pflegepersonal-Stärkungsgesetz (PpSG)

Es sind nicht nur die Folgen des demografischen Wandels, die einen intensiveren pflegerischen Versorgungsbedarf im Bereich Gesundheit und Pflege erkennen lassen, sondern der fortschreitende Mangel an qualifizierten Fachkräften stellt die Gesundheitspolitik vor eine besondere Herausforderung, den Patientenzugang zum Gesundheitssystem durch wirksame reformpolitische Beschlüsse auch künftig zu gewährleisten.

Der zwischenzeitlich vom Bundeskabinett beschlossene Gesetzentwurf zur Stärkung des Pflegepersonals verfolgt einen mehrschichtigen Ansatz und soll durch eine bessere Personalausstattung und bessere Arbeitsbedingungen in der Kranken- und Altenpflege spürbare Verbesserungen im Arbeitsalltag dieser Berufsgruppen bewirken. Des Weiteren wird mit dieser Gesetzesinitiative das Ziel verfolgt, die Pflege und Betreuung von Patienten und Pflegebedürftigen weiter zu verbessern.

Im Kern geht es um drei Regelungsschwerpunkte:

- **Pflege im Krankenhaus**

Zur Verbesserung der Pflegeausstattung in Krankenhäusern wird den Krankenkassen die gesetzliche Pflicht auferlegt, ab 2019 jede zusätzliche und jede aufgestockte Pflegestelle am Bett vollständig zu refinanzieren. Dabei gelten keine Obergrenzen und der bisherige Eigenanteil der Krankenhäuser in Höhe von 10 Prozent entfällt. Diese zusätzlichen Mittel sind allerdings zweckgebunden und nicht für zusätzliches Pflegepersonal verwendete Mittel sind entsprechend zurückzuzahlen.

Des Weiteren sind bereits ab dem Jahr 2018 lineare und strukturelle Tarifsteigerungen für Pflegekräfte von den Krankenkassen vollständig zu refinanzieren. Ebenso unterliegen die Ausbildungsvergütungen in der Kinderkrankenpflege, der Krankenpflege sowie der Krankenpflegehilfe im ersten Ausbildungsjahr ab 2019 einer vollständigen Refinanzierung.

Als weitere Konsequenz werden ab 2020 die Pflegepersonalkosten unabhängig von Fallpauschalen vergütet. Im Ergebnis bedeutet dies eine Umstellung der Krankenhausvergütung auf eine Kombination von Fallpauschalen und einer tagesgleichen Pflegepersonalkostenvergütung. Zu diesem Zweck werden die bisher kalkulierten Fallpauschalen um diese Pflegepersonalkosten bereinigt.

- **Pflege in Pflegeeinrichtungen**

Als Folge des bereits im Koalitionsvertrag vereinbarten Sofortprogramms Pflege (vgl. CDU et al. 2018) erhält jede vollstationäre Pflegeeinrichtung die Möglichkeit, in Abhängigkeit der Anzahl der zu betreuenden Pflegebedürftigen zusätzliche Stellenkapazitäten

durch einen finanziellen Zuschlag finanziert zu bekommen. Im Vordergrund stehen dabei Leistungen der medizinischen Behandlungspflege, die von den gesetzlichen Krankenkassen pauschal getragen werden müssen in Form einer versichertenbezogenen Umlagefinanzierung. Auch die private Krankenversicherung beteiligt sich anteilig entsprechend der Zahl der Pflegebedürftigen an dem Pflegesofortprogramm. Durch diesen Finanzierungsmodus wird vermieden, dass die Pflegebedürftigen nicht selbst zu dieser Stellenfinanzierung beitragen müssen.

Eine Abkehr von dieser neuen ressourcenorientierten Form der Versorgungssteuerung stellt die geplante Investitionsförderung zur Anschaffung digitaler Infrastruktur dar, die vornehmlich zur Entlastung der Pflege eingesetzt werden soll. Hierzu zählen insbesondere die Bereiche Pflegedokumentation, Abrechnung von Pflegeleistungen oder auch die Zusammenarbeit zwischen Vertragsärzten und Pflegeeinrichtungen. Als Finanzierungsregel gilt eine einmalige 40 %ige Mitfinanzierung durch die Pflegeversicherung, jedoch kann ein maximaler Förderhöchstbetrag von 12.000 Euro pro ambulanter oder stationärer Pflegeeinrichtung nicht überschritten werden. Dies entspräche einer Gesamtfinanzierung von immerhin 30.000 Euro pro Pflegeeinrichtung (vgl. Bundesregierung 2018).

Aber auch die Zusammenarbeit mit niedergelassenen Ärzten wird mit diesem Pflegereformgesetz intensiviert. So unterliegen stationäre Pflegeeinrichtungen künftig der Vorgabe, Kooperationsverträge mit geeigneten vertrags(zahn)ärztlichen Leistungserbringern abschließen zu müssen. Diese Maßnahme verfolgt den Zweck, die medizinische Versorgung in der stationären Pflege qualitativ zu verbessern. In diesem Zusammenhang sind die stationären Pflegeeinrichtungen angehalten, eine verantwortliche Pflegekraft für diese sektorenübergreifende Zusammenarbeit zu benennen. Im Sinne dieser verbesserten Zusammenarbeit werden auch Videosprechstunden und -fallkonferenzen als telemedizinische Leistung zusätzlich vergütet.

- **Steigerung der Attraktivität von Kranken- und Altenpflege**

Zur Förderung des Pflegeberufs werden die gesetzlichen Krankenkassen verpflichtet, für Leistungen zur betrieblichen Gesundheitsförderung in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen 70 Mio. Euro jährlich mehr aufzuwenden (vgl. Bundesregierung 2018). Aber auch die bessere Vereinbarkeit von Familie und Beruf für Pflegekräfte wird politisch gefördert, indem für sechs Jahre zielgerichtete Maßnahmen in der Kranken- und Altenpflege finanziell unterstützt werden, die besondere Betreuungsbedarfe, wie z. B. Betreuungszeiten außerhalb den üblichen Kita-Öffnungszeiten, beinhalten.

### **1.2.2.2 Das Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG)**

Im Gegensatz zum Pflegepersonal-Stärkungsgesetz setzt die Gesundheitspolitik beim Terminservice- und Versorgungsgesetz im ambulanten Bereich auf eine Angebotserweiterung im Rahmen des vorzuhaltenden Sprechstundenangebotes, ohne dass die Anzahl der Vertragsarztsitze zwangsläufig erhöht werden. Dieses Gesetzesvorhaben ist in Form eines sogenannten Omnibusgesetzes konstruiert, weil damit gleichzeitig mehrere gesetzliche Änderungen in unterschiedlichen Rechtsgebieten vorgenommen werden können (vgl. BMG 2018).

Die politische Herleitung dieses Terminservice- und Versorgungsgesetzes ergibt sich aus der Wartezeitendiskussion auf einen Arzttermin für gesetzlich Krankenversicherte und den damit einhergehenden Diskriminierungseffekt gegenüber privat krankenversicherten Personen sowie der Tendenz einer ärztlichen Unterversorgung besonders in strukturschwachen ländlichen Regionen (vgl. Laschet 2018). Übergeordnetes politisches Ziel ist daher die Sicherstellung eines gleichwertigen Zugangs von gesetzlich Versicherten zur ambulanten vertragsärztlichen Versorgung.

Folgende Maßnahmen sollen dazu beitragen, diese Zielsetzung zu erfüllen:

- **Ausweitung der Mindestsprechstundenzeiten**

Leitmotiv ist dabei der schnellere Zugang zu ambulanten Behandlungsterminen für gesetzlich krankenversicherte Patienten. Zu diesem Zweck werden zunächst die wöchentlichen Mindestsprechstundenzeiten von um 5 auf künftig 25 Wochenstunden erhöht (vgl. BMG 2018), wobei Hausbesuchszeiten entsprechend angerechnet werden. Darüber hinaus werden alle Arztgruppen der unmittelbaren und wohnortnahen Versorgung (z. B. Haus- und Kinderärzte, Frauenärzte, HNO-Ärzte) verpflichtet, mindestens 5 Stunden pro Woche als offene Sprechstunde anzubieten, d. h. ohne vorherige Terminvereinbarung.

Im Sinne der Informationstransparenz werden die regional ansässigen Kassenärztlichen Vereinigungen verpflichtet, im Internet über diese zusätzlichen Sprechstundenzeiten der Vertragsärzte zu informieren. In Kombination mit den ab April 2019 einzurichtenden Terminservicestellen und der Verpflichtung, unter Erreichbarkeit einer bundesweit einheitlichen Telefonnummer diese Serviceleistungen 24 Stunden täglich an 7 Tagen die Woche anzubieten, wird ein politisch kompromissloses Verhalten an den Tag gelegt, der den Akteuren der gemeinsamen Selbstverwaltung für die konkrete Umsetzung keine weiteren Handlungsspielräume zubilligt. Gleichzeitig hat der Gesetzgeber den Kassenärztlichen Vereinigungen eine Kontrollfunktion in Form einheitlicher Prüfkriterien und jährlichen Ergebnisberichten auferlegt, die den Landes- und Zulassungsausschüssen sowie Aufsichtsbehörden entsprechend zugeleitet werden müssen.

- **Verbesserung der Vergütung vertragsärztlicher Leistungen**

Mit dem als Zuckerbrot und Peitsche titulierten Regelungsansatz (vgl. Laschet 2018) soll der Zugang zur haus- und fachärztlichen Versorgung für gesetzlich Versicherte mit folgenden neuen Vergütungsanreizen versehen gefördert und folglich nachhaltig unterstützt werden:

- Extrabudgetäre Vergütung ärztlicher Leistungen für die erfolgreiche Vermittlung eines dringlich notwendigen Behandlungstermins durch einen an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer bei einem an der fachärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer.
- Extrabudgetäre Vergütung von ärztlichen Leistungen, die von der Terminservice-stelle der Kassenärztlichen Vereinigung vermittelt werden.
- Extrabudgetäre Vergütung und erhöhte Bewertung der ärztlichen Leistungen der Versicherten- und Grundpauschalen bei der Behandlung von neuen Patienten.

- Extrabudgetäre Vergütung der ärztlichen Leistungen der Versicherten- und Grundpauschale in der offenen Sprechstunde, die wöchentlich zusätzlich zu einem vertragsärztlichen Leistungsvolumen im Umfang von 20 bzw. 10 Wochenstunden erbracht und abgerechnet werden.
- Extrabudgetäre Vergütung von ärztlichen Leistungen in Akut- und Notfällen während der Sprechstundenzeiten.
- Förderung von Hausbesuchen durch Festlegung von Praxisbesonderheiten von Landarztpraxen in den Vereinbarungen zu den Wirtschaftlichkeitsprüfungen, die im Vorfeld von Prüfverfahren als besonderer Versorgungsbedarf anzuerkennen sind (Hausarztbesuche als anerkannte Praxisbesonderheit).
- Überprüfung und Aktualisierung des einheitlichen Bewertungsmaßstabs für ärztliche Leistungen hinsichtlich der Bewertung technischer Leistungen zur Nutzung von Rationalisierungsreserven zur Förderung der „sprechenden Medizin“ (verbesserte Kommunikation zwischen Arzt und Patient).
- **Verbesserung der vertragsärztlichen Versorgung, insbesondere in unterversorgten ländlichen und strukturschwachen Regionen**

Auch dieser Steuerungsansatz wird durch ein ganzes Maßnahmenbündel getragen:

  - Obligatorische regionale Zuschläge für Ärzte auf dem Land.
  - Strukturfonds der Kassenärztlichen Vereinigungen werden verpflichtend und auf bis zu 0,2 Prozent der Gesamtvergütung verdoppelt (vgl. BMG 2018) bei gleichzeitiger Erweiterung der Verwendungszwecke, wie z. B. Berücksichtigung von Investitionskosten bei Praxisübernahmen (mehr Geld für Praxisgründungen in ländlichen Regionen).
  - Verpflichtung der Kassenärztlichen Vereinigungen, in unterversorgten oder von Unterversorgung bedrohten Gebieten eigene Praxen oder Versorgungsalternativen (Patientenbusse, mobile Praxen, digitale Sprechstunden) anzubieten.

Ergänzend hierzu werden diverse bedarfsplanerische Maßnahmen ergriffen, um auf eine kleinräumigere, bedarfsgerechtere und flexiblere Verteilung der Arztstühle hinzuwirken. In diesem Zusammenhang werden die Regelungskompetenzen des Gemeinsamen Bundesausschusses erweitert, um die erforderlichen Anpassungen für eine bedarfsgerechte ambulante Versorgung innerhalb der neu festgelegten Frist bis zum 30. Juni 2019 tatsächlich auch vornehmen zu können.

---

### **1.3 Einfluss der neuen Reformgesetzgebung auf die künftige Versorgungssteuerung im Gesundheitswesen**

Ein Abgleich mit der gesundheitspolitischen Reformgesetzgebung der zurückliegenden 18. Legislaturperiode (2013–2017) führt im Ergebnis zu der Feststellung, dass auch in der laufenden Legislaturperiode mit einer vergleichbaren Anzahl an einzelnen Reformgesetzen gerechnet werden muss. Dies gilt trotz der Feststellung, dass die Phase der Koalitionsbildung

viel zu holprig war und dieser zeitliche Verlust sich grundsätzlich auch auf die Anzahl der durchführbaren Gesetzesvorhaben auswirkt. Des Weiteren ist die politische Machtkonstellation in der laufenden Legislaturperiode eine völlig andere, auch wenn beide Regierungsphasen die gleiche Überschrift – „Große Koalition“ – tragen. Dies bedeutet jedoch nicht, dass das Ausmaß an staatlicher Steuerung, wie es im letzten Regierungszeitraum bereits Anwendung fand (vgl. Jaeckel 2018b), abnimmt. Ganz im Gegenteil. Aufgrund der zeitlichen Kompression dieser Legislaturperiode stehen sogenannte Omnibusgesetze hoch im Kurs, die eine Verdichtung entscheidungsrelevanter Reformgesetze ermöglichen. Das im parlamentarischen Gesetzgebungsverfahren befindliche Pflegepersonal-Stärkungsgesetz und noch umfangreicher der aktuell initiierte Entwurf eines Gesetzes für schnellere Termine und bessere Versorgung dokumentieren diese von der Politik gewählte strategische Vorgehensweise.

So findet sich das Thema Digitalisierung der gesundheitlichen Versorgung nicht mehr in einem eigenständigen Reformgesetz wieder, sondern wird im Sinne eines positiven Lösungsansatzes verschiedenen Omnibusgesetzen zugeordnet. Während die Förderung eines digitalen Leistungsangebotes in stationären Pflegeeinrichtungen im Pflegepersonal-Stärkungsgesetz eine gezielte finanzielle Würdigung erfährt, wird die Honorierung vertragsärztlicher telemedizinischer Leistungen im Terminservice- und Versorgungsgesetz geregelt. Ob dies als Ausdruck eines mangelnden digitalen Masterplans interpretiert werden kann, mag dahingestellt bleiben. Beachtenswert ist in diesem Zusammenhang vielmehr die Haltung, die Sicherstellung des Zugangs zur gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung über die Belange der Wahrung der Finanzstabilität in einzelnen Sozialversicherungsbereichen zu stellen. Die gegenwärtig gute Finanzlage in der gesetzlichen Krankenversicherung trägt maßgeblich dazu bei, diesen reformstrategischen Ansatz konsequent ohne sonstigen oppositionspolitischen Kollateralschaden verfolgen zu können. Selbst die finanziell weniger komfortable Ausgangslage in der Pflegeversicherung, die in der Folge zu sichtbaren Beitragssatzsteigerungen führen werden, wenn all die vorgesehenen Reformmaßnahmen zur Verbesserung der pflegerischen Versorgung greifen, nötigen keine parlamentarische Grundsatzdebatte zur Frage des richtig eingeschlagenen Reformkurses.

Das Hauptaugenmerk dieser Legislaturperiode liegt zweifelsohne auf einer ressourcenorientierten Versorgungssteuerung (vgl. Abb. 1.2.). Das bedeutet jedoch nicht die gleichzeitige Abkehr innovationsgetriebener Handlungsfelder. Die neue Market-Access-Leitwährung besteht vielmehr darin, dass innovative Produkte und Dienstleistungen eine neue Zuordnung zu strukturpolitisch relevanten Maßnahmen zur Aufrechterhaltung und Verbesserung der medizinischen und pflegerischen Versorgung erfahren. In diesem Zusammenhang sind zwei politische Handlungsmuster erkennbar. Zum einen verliert das Prinzip der korporatistischen Steuerung zunehmend an Bedeutung. Der von der Gesundheitspolitik artikulierte Handlungsbedarf führt zu einer beachtlichen Zunahme staatlicher Steuerungsmaßnahmen, die nicht nur das Ob, sondern auch das Wie eines Reformvorschlages festlegen. Zum anderen hält sich der Staat bei der Finanzierung zusätzlich erforderlicher Strukturmaßnahmen, wie beispielsweise beim Aufbau der digitalen Infrastruktur,

### Ressourcenorientierte Versorgungssteuerung im Fokus der Gesundheitspolitik

Pflegepersonal-Stärkungsgesetz (PpSG)	Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG)
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verbesserungen für die Pflege im Krankenhaus</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ausweitung der Mindestsprechstundenzeiten</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verbesserung der Pflege in Pflegeeinrichtungen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vermittlung schnellerer Arzttermine</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Entlastung Pflege durch Investitionsförderung in Digitalisierung</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verbesserung der Vergütung vertragsärztlicher Leistungen</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Steigerung der Attraktivität von Kranken- und Altenpflege</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verbesserung der vertragsärztlichen Versorgung (unterversorgte, ländliche und strukturschwache Regionen)</li> </ul>

**Abb. 1.2** Kernpunkte der aktuellen Reformgesetzgebung. (Quelle: Eigene Darstellung (2018))

vornehmlich zurück und bedient sich vielmehr an den Geldern der einzelnen Sozialversicherungsträger. Dieser Handlungsansatz lässt sich vereinfacht auch als staatliche Steuerung auf Kosten der Selbstverwaltung umschreiben.

Market Access im gesundheitspolitischen Kontext erfährt gegenwärtig einen Bedeutungswandel, der im Ergebnis nicht ein Entweder-oder bezüglich innovativer Gesundheitsversorgung bedeutet, sondern als politische Anspruchsformel dient der Gedanke, den stattfindenden Strukturwandel in der medizinischen und pflegerischen Versorgung erfolgreich zu gestalten. Es sind künftig die Kostenträger und Leistungserbringer selbst, die von der Gesundheitspolitik verpflichtet werden, für die Aufrechterhaltung des Zugangs zum Gesundheitssystem Sorge zu tragen. Auch die Gesundheitsindustrie wird sich dieser veränderten Interessenslage annehmen und nach alternativen Gestaltungsoptionen Ausschau halten müssen.

## 1.4 Schlussbetrachtung

Die Wiederauflage der Großen Koalition offenbart in der Gesundheitspolitik einen wachsenden Handlungsbedarf bezüglich des Zugangs zur medizinischen und pflegerischen Versorgung. Im vereinbarten Koalitionsvertrag findet sich inhaltlich eine konsequente Fortsetzung der bereits in den Bundestagswahlprogrammen 2017 geforderten Reformmaßnahmen wieder. Die ersten Reformgesetze in der laufenden Legislaturperiode signalisieren eine intensive Zunahme des staatlichen Steuerungsansatzes zulasten der klassischen Selbstverwaltungsinstitutionen im Gesundheitswesen. Die zusätzliche Leistungsfinanzierung erfolgt im Gegensatz dazu nicht aus staatlichen Mitteln, sondern wird aus den Beitragseinnahmen der einzelnen Sozialversicherungszweige zur Entlastung der staatlichen Haushalte rekrutiert.

In diesem Zusammenhang erfährt der Begriff Market Access einen gesundheitspolitischen Bedeutungswandel, der nicht mehr primär auf die Zugangssteuerung innovativer Gesundheitsleistungen abzielt, sondern grundsätzlich den Behandlungs- und Versorgungszugang zur Gesundheitsversorgung zum Gegenstand hat. Am Beispiel der Digitalisierung zeigt sich, dass innovative Gesundheitsleistungen eine komplementäre Funktion erfahren, den Zugang zum Gesundheitssystem in nachhaltiger Weise zu unterstützen und damit einen positiven Beitrag zur Versorgungssteuerung leisten. Diese Entwicklung dürfte nachhaltige Ausprägungen nach sich ziehen und deshalb auch für künftige Implementierungsstrategien von neuen Produkten und Dienstleistungen im Gesundheitswesen nicht ohne Belang sein.

---

## Literatur

- BMG (2018) Referentenentwurf eines Gesetzes für schnellere Termine und bessere Versorgung (Terminservice- und Versorgungsgesetz – TSVG). Bundesgesundheitsministerium (BMG). [https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3\\_Downloads/Gesetze\\_und\\_Verordnungen/GuV/T/TSVG\\_RefE.pdf](https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Gesetze_und_Verordnungen/GuV/T/TSVG_RefE.pdf). Zugegriffen am 05.08.2018
- Bundesregierung (2018) Kabinettsbeschluss eines Gesetzes zur Stärkung des Pflegepersonals (Pflegepersonal-Stärkungsgesetz – PpSG). Bundesgesundheitsministerium (BMG). [www.bundesgesundheitsministerium.de](http://www.bundesgesundheitsministerium.de). Zugegriffen am 05.08.2018
- CDU, CSU, SPD (2018) Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD 19. Legislaturperiode. Ein neuer Aufbruch für Europa. Eine neue Dynamik für Deutschland. Ein neuer Zusammenhalt für unser Land. Bundesregierung. [www.bundesregierung.de](http://www.bundesregierung.de). Zugegriffen am 05.08.2018
- Jaeckel R (2017) Gesundheitspolitik nach der Bundestagswahl 2017. Meinungen, Positionen, Handlungsfelder. IMPLICONplus, Gesundheitspolitische Analysen 8, albring & albring pharmaceutical relations GmbH, Berlin
- Jaeckel R (2018a) GroKo Gesundheitspolitik reloaded. Wie viel Konfliktpotenzial enthält der Koalitionsvertrag? IMPLICONplus, Gesundheitspolitische Analysen 5, albring & albring pharmaceutical relations GmbH, Berlin
- Jaeckel R (2018b) Market Access im Spiegel der Bundestagswahl 2017. In: Pfanstiel MA, Jaeckel R, Da-Cruz P (Hrsg) Innovative Gesundheitsversorgung und Market Access. Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH, Springer Nature, S 3–16, Wiesbaden
- Laschet H (2018) Zuckerbrot und Peitsche. Binnen sechs Jahren: Das dritte Gesetz zur ambulanten Versorgung. IMPLICON, Gesundheitspolitische Analysen 8, albring & albring pharmaceutical relations GmbH, Berlin

**Prof. Roger Jaeckel** ist Honorarprofessor an der Fakultät Gesundheitsmanagement der Hochschule Neu-Ulm und Lehrbeauftragter des MBA Studienganges „Führung und Management im Gesundheitswesen“, Market Access Director D.A.CH bei Baxter Deutschland GmbH. Er absolvierte ein Studium der Verwaltungswissenschaft an der Universität Konstanz sowie den European Master in Social Security (Universität Leuven, Belgien). Er ist Initiator des Buches „Innovative Gesundheitsversorgung und Market Access“.



# Gesundheitssystem 2030 – Ist eine Fortschreibung des Status quo leistbar?

# 2

Mit menschlicher und künstlicher Intelligenz eine Gesundheitsversorgung 4.0 gestalten

Claudia Wöhler

## Inhaltsverzeichnis

2.1	Einleitung .....	16
2.2	Gesundheitssystem 2030 – Spannungsfeld zwischen Status quo und Proaktivität .....	18
2.3	Koexistenz von menschlicher und künstlicher Intelligenz .....	20
2.4	Gesundheitsversorgung 4.0: Das digitale Potenzial für Gesundheit und Pflege .....	23
2.5	Handlungsfelder für eine Gesundheitsversorgung 4.0 .....	33
2.6	Schlussbetrachtung .....	34
	Literatur .....	36

## Zusammenfassung

Eine Fortschreibung des Status quo des Gesundheitswesens in Deutschland ist unter den Prämissen Versorgungsqualität und langfristige Finanzierbarkeit nicht rational. Der Personalbedarf in Gesundheits- und Pflegeversorgung sollte nicht zu einem Verdrängungswettbewerb mit der Privatwirtschaft führen, wenn die soziale Sicherung aufrechterhalten werden soll. Für eine der wohlhabendsten Volkswirtschaften der Welt, in der Daseinsvorsorge und Versorgungssicherheit zum Fundament der sozialen Marktwirtschaft gehören, ist es nicht zielführend, Besitzstände zu zementieren. Mit dem Ansatz einer Gesundheitsversorgung 4.0 und ihren Handlungsfeldern können nicht nur die Risiken von steigenden Beitragssätzen in umlagefinanzierten und beschäftigungsabhängigen Sozialsystemen reduziert werden. Es unterbleibt zudem ein ruinöser Wettbewerb aller Branchen um Personal und es steigt die Qualität der Versorgung. Digitalisierung bzw. die Koexistenz von humaner und künstlicher Intelligenz spielt dabei eine Schlüsselrolle.

---

C. Wöhler (✉)  
FOM Hochschule, München, Deutschland  
E-Mail: [woehler@dr-woehler-concepts.de](mailto:woehler@dr-woehler-concepts.de)

## 2.1 Einleitung

Wie wird die Gesundheitsversorgung in Deutschland im Jahr 2030 aussehen? Und wer wird diese finanzieren? Wird es noch ein Nebeneinander von gesetzlicher (GKV) und privater (PKV) Krankenversicherung geben oder ein Baukastensystem mit gesetzlicher Basisversorgung und privaten Zusatzbausteinen? Werden sich Konzepte wie die Bürgerversicherung oder Gesundheitsprämie durchsetzen oder kommen neue Ideen auf die Agenda? Wird die beitragsfreie Familienversicherung an die veränderten Lebens- und Arbeitswelten angepasst? Wie entwickeln sich steuerfinanzierte Zuschüsse und Investitionen von Bund und Ländern in Gesundheits- und Pflegeversorgung? Wie innovativ werden Politik und Gesetzgeber in der Weiterentwicklung des Gesundheitssystems und in der bedarfsgerechten Ausgestaltung des Angebots von Gesundheitsinfrastruktur und -leistungen sein? Wird es disruptive digitale Innovationen geben, die auch die Rahmenbedingungen der Versorgung verändern? Oder erleben wir ein Weiter-so?

Diese und viele weitere Fragen haben Ökonomie, Politik, Medizin und Recht bereits vor Beginn dieses Jahrtausends beschäftigt. Seitdem sind fast zwei Jahrzehnte vergangen, viele gesetzliche Regelungen, ökonomische Zwänge, medizinisch-technische Entwicklungen und politische Entscheidungen haben Veränderungen initiiert. Neues wurde ermöglicht aber auch Bestehendes zementiert. Die Rückschau auf die Gesundheitspolitik der letzten Jahrzehnte lässt vermuten, dass die stete Weiterentwicklung in kleinen Schritten die Gesundheitsversorgung der kommenden Jahre determiniert.

Reaktionen werden erforderlich werden, weil die positive konjunkturelle Entwicklung nicht dauerhaft steigende Einnahmen für die Sozialkassen generieren wird. Finanzmittel werden limitiert sein, solange die Prämisse gilt, dass die Lohnzusatzkosten das Maß von 40 Prozent des Bruttoentgelts nicht überschreiten sollen und weil die Zunahme von Volkskrankheiten auf der einen und Innovationen auf der anderen Seite die Budgets strapazieren.

Die Verfügbarkeit von Kapital bestimmt seit Jahrzehnten die Schwerpunkte der Gesundheitspolitik. Das ist geübte Praxis. Nichtgeübte Praxis sind dagegen Vorstellungen darüber,

- welche Antworten auf eine limitierte Verfügbarkeit von Personal in allen Branchen der deutschen Volkswirtschaft gefunden werden,
- wie die Finanzierung der Sozialsysteme bei knapper werdenden Humanressourcen in Zukunft aussehen soll,
- wie der Einsatz bzw. die Adaption der Digitalisierung zur Gestaltung einer hochwertigen Gesundheitsversorgung unter den Rahmenbedingungen einer sich ändernden Bevölkerungsstruktur und ihren Versorgungsbedarfen gestaltet und finanziert werden kann.

Das zu lösende Dilemma der kommenden Jahre wird sein, dass Fachpersonal in nahezu allen Bereichen der Volkswirtschaft fehlt und dass Teilen der erwerbsfähigen Bevölkerung