

„Nicht die Spieler sind sch sondern falsche Spielrege

538,2 Milliarden Euro Gesundheitsausgaben im Jahr 2024, 12,4 Prozent der Wirtschaftsleistung. Die Reformen der vergangenen Jahrzehnte haben ihre Ziele verfehlt, weil Akteure sie umgangen haben. Madeleine Barlozek MBA hat nach Ursachen gesucht und den ambulanten wie den stationären Sektor entscheidungstheoretisch analysiert. In ihrem Beitrag „Vom Nobelpreis zur Versorgungspraxis“ (1) führt die Gesundheitsökonomin viele Fehlentwicklungen auf Anreizstrukturen zurück, deren Wirkung nicht einkalkuliert wurden. Alle Beteiligten handeln in ihrem Sinne zwar rational, aber im Ergebnis kollektiv ineffizient. Ein MVF-Gespräch mit ihr und OptiMedis-Gründer Dr. h. c. Helmut Hildebrandt über Fehlanreize, Handlungsoptionen und die Frage, warum das „Gesunde Kinzigtal“ nach 20 Jahren noch immer die Ausnahme ist.

Im Interview: Madeleine Barlozek MBA, Beraterin und Senior Market Access Manager bei Danone, und OptiMedis-Gründer Dr. h. c. Helmut Hildebrandt

>> Frau Barlozek, Sie beschreiben den ambulanten Sektor in Ihrer Arbeit (1) als Gefangenendilemma im Sinne der Spieltheorie. Worin besteht es?

Barlozek: Im ambulanten Sektor sind zwei konträre Fehlentwicklungen relativ klar zu benennen: Das ist die Leistungsausweitung einerseits und die EBM-Punktentwicklung andererseits. Entscheidungstheoretisch handelt es sich um ein ganz klassisches Gefangenendilemma. Bei gedeckeltem Gesamtbudget hat die Ausweitung der Leistungsmenge den Punktwert für alle gesenkt. Empirisch ist das eindeutig bestätigt: Nach Einführung des EBM mit festen Budgets wurden mehr Fälle abgerechnet, worauf der Punktwert immer weiter sank und sich damit die Vergütung je Fall reduzierte. Das Ergebnis für alle ärztlichen Leistungserbringenden fiel damit negativ aus – sie verdienten weniger, obwohl sie mehr Patient:innen behandelten.

„Die Politik verkennt die Tatsache, dass es sich bei unserem Gesundheitssystem um keine Maschine handelt, sondern um ein Ökosystem."
Madeleine Barlozek

Die Honorarreform 2009 mit Orientierungswert und morbiditätsbedingter Gesamtvergütung sollte das ändern. Warum blieb der Fehlanreiz zur Mengenausweitung bestehen?

Barlozek: Das ist das generelle Problem sehr vieler Reformen: Die Politik versucht in ihren an sich gut gemeinten Reformen eben nicht, die Anreizmechanismen zu verändern, sondern immer wieder aufs Neue in den einzelnen Sektoren bestimmte Probleme zu beheben. Die Politik verkennt hier die Tatsache, dass es sich bei unserem Gesundheitssystem um keine Maschine handelt, sondern um ein Ökosystem. Wenn man an einer Stellschraube etwas verändert, kann das oft unvorhersehbare Auswirkungen in vielen anderen Bereichen auslösen. Das ist etwa so wie in der Umwelt: Wenn eine Art ausstirbt, weiß man nicht, was das für Pflanzen und andere Lebewesen bedeutet, weil alles miteinander vernetzt ist.

huld,
ln"

Herr Hildebrandt, Sie arbeiten seit Einführung des § 140a SGB V im Jahr 2000 mit Selektivverträgen. Hat je eine Reform die Anreizstruktur selbst verändert?

Hildebrandt: Man kann hier die AMNOG-Einführung 2011 nennen. Oder vorher die Einführung der Selektivverträge im Jahr 2000. Beide Reformen haben versucht, die entsprechenden Regeln zu verändern, was sie auch eine Zeit lang schafften. Doch wie es so ist, haben die Akteure recht schnell und kreativ neue Logiken gesucht und gefunden, um im Endeffekt den alten Anreizstrukturen folgen zu können. Dies zu verhindern, ist bislang nicht gelungen. Vielleicht, weil man bisher nicht an die Spieltheorie gedacht hat, die ich absolut faszinierend finde. Der Begriff „Spieltheorie" ist leider etwas irreführend, da es sich bei dem, was wir alle tun, nun einmal um kein Spiel handelt, sondern um ernste Situationen, in denen das eigene Handeln das Wohl und Wehe und Leib und Leben anderer beeinflusst.

Kommen wir zum stationären Sektor. Nur 41,5 Prozent der Krankenhäuser erreichen den Schwellenwert von 60 Prozent unbeanstandeten Rechnungen (GKV-Spitzenverband, Statistik nach § 275c SGB V, 4. Quartal 2025). Ist Upcoding damit ein Systemproblem?

Barlozek: Upcoding bedeutet, dass an der Grenze kodiert wird zwischen dem, was medizinisch gerade noch vertretbar ist, und dem, was eigentlich schon darüber hinausgeht. Die Spieltheorie liefert die Erklärung, warum Krankenhäuser genau so kodieren, wie sie es tun. Wenn alle anderen Kliniken Upcoding betreiben, nur nicht die, für welche ich verantwortlich bin, bekomme ich langfristig immer weniger. Andersherum gilt: Wenn nur ich, aber alle anderen nicht upcoden, bekomme ich viel mehr. Das heißt: Egal, wie sich andere Kliniken verhalten, ist es für mich immer die rationale und dominante Strategie, Upcoding zu betreiben. In der Spieltheorie ist man damit aber an einem Nash-Gleichgewicht angekommen, bei dem die Systematik des Gefangenendilemmas zutrifft: An diesem Punkt stehen alle schlechter da, als wenn sie konservativ kodiert hätten, weil sich die dadurch erreichten individuellen Vorteile neutralisieren.

Das ist Modell und Theorie. Wie belastbar ist die Empirie dahinter?

Barlozek: Alles ist durch verfügbare Daten belegbar. In meinem Beitrag habe ich meine Aussagen mit empirischen Daten untermauert. So zeigen zum Beispiel Stichprobenprüfungen Kodierungsfehler zulasten der Krankenkassen in einer Größenordnung von bis zu 35 Prozent. Gleichzeitig stieg aber auch der Case-Mix-Index kontinuierlich über das Maß hinaus, welches sich demografisch erklären ließe. Ein bekanntes Beispiel ist eine Studie zum Upcoding aus der Neonatologie: Nachdem das System der Fallpauschalen eingeführt wurde, hatten eigenartigerweise auf einmal alle Frühgeborenen ein viel niedrigeres Geburtsgewicht als vor der Einführung. Dann hat man das mit den tatsächlichen Daten verglichen, und es zeigte sich, dass das gar nicht stimmte. Was passiert ist, ist klar: Wenn ein Neugeborenes gerade so an der Gewichtsgrenze lag, hat man ein paar Gramm weniger aufgeschrieben, um als Klinik mehr Geld zu bekommen.

Herr Hildebrandt, Sie haben die Gesundes Kinzigtal GmbH von 2005 bis 2018 geführt. Ist Ihnen dieses Kalkül dort begegnet?

Hildebrandt: Das Ganze überrascht mich nicht. Beeindruckend finde ich allerdings, dass man derartige Fehlentwicklungen mittels der hier angewandten Entscheidungstheorie nachvollziehen und rational erklären kann. Das ist außerordentlich wichtig, weil sich so erkannte Fehlanreize durch eigentlich recht einfache Korrekturen in der Anreizmechanik vermeiden oder zumindest stark minimieren ließen. Das vor allem zum Nutzen der Patient:innen: Das Beispiel der Neonatologie hat ja gezeigt, wie stark ökonomische Anreize wirken können und welche sensiblen Fragen damit verbunden sind. Gerade in Bereichen, in denen Entscheidungen unmittelbare Auswirkungen auf die Gesundheit von Patient:innen haben, müssen Vergütungsregeln deshalb besonders sorgfältig gestaltet sein. Das Beispiel zeigt uns doch ganz deutlich, dass es nicht ausreicht, ein Anreizsystem nur mit

der Hoffnung zu entwickeln, dass die Ethik der Handelnden in den Organisationen es vermeidet, Fehlanreize zu produzieren. Jetzt, wo Madeleine Barlozek sehr genau analysiert hat, wie und warum Fehlanreize zustande kommen, muss die Politik handeln und Anreizsysteme so ausrichten, dass die Rationalität der einzelnen Leistungserbringenden konsequent auf das gesellschaftlich gewünschte Ziel ausgerichtet und falsche Belohnungen so gut es geht minimiert werden.

Frau Barlozek, Sie haben auch die aktuelle Krankenhausreform als strategisches Spiel modelliert. Was war das für Sie überraschendste Ergebnis?

Barlozek: Als ich die Krankenhausreform in einem strategischen Spiel abgebildet habe, versuchte ich wirklich mit allen möglichen Facetten und sogar dreidimensionalen Spielen die verschiedenen Handlungsoptionen, die ein einzelnes Krankenhaus gegenüber anderen Krankenhäusern in einer Region hat, zu modellieren. Sehr überrascht hat mich das Ergebnis, weil es mir tatsächlich nicht gelungen ist, mit den neuen Anreizsystemen eine dominante Strategie und ein Nash-Gleichgewicht zu finden, was selten der Fall ist. Das heißt für mich, dass durch das neue Gesetz viele gegenläufige Faktoren in dieses „Spiel" hineinkommen, sodass es für das einzelne Krankenhaus eigentlich unmöglich ist, strategisch zu optimieren.

„Damit ein ‚Spiel' tatsächlich besser wird, braucht es einen ‚Mechanism Designer', der in der Lage ist, die Grundregeln zu verstehen und so zu gestalten, dass möglichst wenige Anreize falsch genutzt werden können."
Dr. h. c. Helmut Hildebrandt

Woran liegt das?

Barlozek: Nehmen wir als Beispiel gegenläufige Anreize auf verschiedenen Ebenen: Auf der individuellen Krankenhausebene dominiert für einen Großteil der Häuser in einigen Leistungsgruppen der Anreiz zur Mengenreduktion bei gleichzeitiger Erhöhung der Fallschwere, weil innerhalb eines 20-Prozent-Korridors die Vorhaltepauschale stabil bleibt, während variable Kosten entfallen. Auf der Länderebene hingegen besteht ein Anreiz zur Leistungsausdehnung, um einen größeren Anteil am Vorhaltevolumen zu sichern. Für kleinere Häuser kommen zudem Mindestfallzahlen hinzu, die wiederum in die andere Richtung wirken. Und Upcoding wird im neuen System strategisch sogar noch attraktiver, weil es die Vergütung erhöht, ohne die Begrenzung des Fallvolumens zu unterlaufen.

Ist das nicht ein Hinweis darauf, dass die Methode an ihre Grenzen stößt?

Barlozek: Das Gegenteil ist der Fall: Das Fehlen eines Gleichgewichts ist ja gerade das Ergebnis. Das ist tatsächlich auch das Feedback, das ich von vielen Krankenhausgeschäftsführern bekommen habe, weil diese Reform für sie unheimlich viel Unsicherheit mit sich bringt, dass es fast unmöglich sein wird, wirtschaftlich zu optimieren. Die Hauptaussage ist damit klar: Bei diesem Gesetz gibt es keine Gewinner, weil es keine rationale Strategie gibt.

Herr Hildebrandt, das wäre dann ja ein Erfolg und dieEntökonomisierung erreicht, mit der Karl Lauterbach damals die Krankenhausreform begründet hat.

Hildebrandt: Es wird trotzdem Gewinner geben. Es gibt immer welche, die sich in den Komplexitäten des neuen Gesetzes mit viel Energie, Engagement und teuren Beratungsunternehmen einen Weg suchen, um sich durchzulavieren. Das werden leider und sehr wahrscheinlich gerade nicht die Häuser sein, die wir gesellschaftlich gern erhalten wollen, sondern die schlauen Mitnehmer. Das sind die, die die zumindest auf dem Papier die besten Konzepte gegenüber der Landeskrankenhausplanung darstellen können, die dann die gewünschten Planfallzahlen vergibt. Und die werden dann entscheiden, welches Krankenhaus wie viel Leistung erbringen darf, und damit natürlich auch, wie viel ein Krankenhaus zukünftig verdienen wird.

Herr Hildebrandt, Sie haben viele Versorgungssysteme gebaut. Was leiten Sie daraus für die Anreizgestaltung ab?

Hildebrandt: Dafür muss ich ein wenig ausholen. Mein persönliches Erweckungserlebnis hatte ich 1984 durch eine Studienreise in die USA. Dort lernte ich Managed Care und HMOs wie Kaiser Permanente und andere kennen, die ein wirklich ganz anderes Businessinteresse haben als das, was wir – bis auf einige Ausnahmen, die ich mitgestalten durfte – bislang hier in Deutschland kannten und kennen. Als ich zurückkam, war ich völlig beseelt von dem Gedanken, wie Versorgungsorganisationen auch hierzulande weiterentwickelt werden können. Dann bin ich aber schnell wieder in der Realität angekommen, weil es damals dazu in Deutschland überhaupt keine Debatte gab. Erst 1993 oder 1994 begannen bei uns die Ärztenetzbewegung und die Ärztenetzdiskussion. Das war für mich wiederum der Anknüpfungspunkt, ein ganz anderes Versorgungssystem als bisher üblich zu entwickeln. Als dann im Jahr 2000 mit der damaligen Gesundheitsreform der Paragraf 140a eingeführt wurde, mit dem Verträge mit Krankenkassen möglich wurden, haben wir mit der AOK Baden-Württemberg das Konzept „Gesundes Kinzigtal" als Modell ausgearbeitet und mit Erfolg realisiert.

Wo kommen hier Entscheidungs- und Spieltheorie ins Spiel?

Hildebrandt: Ohne dass wir es mit dieser Theorie vorher getestet hatten, haben wir bewusst oder unbewusst das Richtige gemacht: Wir haben ein Modell aufgesetzt, das individuelle Fehlanreize vermeidet, indem die gemeinsam mit dem dortigen Ärztenetz gegründete Gesundheitsmanagementgesellschaft einzig und alleine nur an der Verbesserung des Gesamtergebnisses der Krankenkasse für die zu versorgende Population gegenüber den Referenzkosten verdiente. Wir haben keine anderen Alimentationen bekommen, sondern wurden und werden nur am Ergebnis gemessen, wie gut unser Handeln sich auf die Gesundheitskosten auswirkt.

Welche Bedingungen müssen erfüllt sein, damit ein solches Modell nicht neue Fehlanreize erzeugt?

Hildebrandt: Es müssen natürlich einige Regelwerke mitbedacht werden. So müssen die Versicherten weiterhin die freie Arztwahl haben, damit sie nicht selbst in ein Gefangenendilemma geraten. Die Leistungserbringenden müssen ebenfalls die Freiheit haben, ob sie

sich dem Projekt anschließen oder nicht. Zudem dürfen einzelne Kosten nicht verschoben werden können. Will heißen: Wirklich alle Kosten, die für das geolokalisierte Gesundheitsversorgungssystem entstehen, müssen in der Kostenbetrachtung enthalten sein. Wenn das gegeben ist, bekommt man ein anreizkonformes Modell. Dann hat diese Organisation das wirtschaftliche Ziel, an alle an der Versorgung Beteiligten – Hebammen, Therapeuten, Sportvereine, Tanzvereine, Ärzte, Krankenhäuser – positive Anreize zu setzen, damit sie sich strikt am Ergebnis statt an Leistungsmengen ausrichten.

OptiMedis hat die Anteile an der Gesundes Kinzigtal GmbH zum 30. November 2023 abgegeben und dies mit veränderten Rahmenbedingungen im Morbi-RSA begründet. Warum hat es sich bundesweit nicht durchgesetzt?

Hildebrandt: Da sind wir wieder bei der Entscheidungstheorie: Damit ein „Spiel" tatsächlich besser wird, braucht es einen „Mechanism Designer", der in der Lage ist, die Grundregeln zu verstehen und so zu gestalten, dass möglichst wenige Anreize falsch genutzt werden können. Eine für die Gesundheitsergebnisse verantwortliche Organisation auf der regionalen Ebene – beispielsweise eines Landkreises – fehlt aber in Deutschland. Stattdessen haben wir ein völlig fragmentiertes System: bei den Krankenkassen, bei den Leistungserbringenden, in den Sozialsystemen und bei den Beratungseinrichtungen. In der letzten Legislatur gab es mit dem Entwurf eines Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetzes einmal ein Aufflackern beim Gesetzgeber, eine solche regionale Verantwortungs- und Entscheidungsebene zu schaffen, aber die ist dann ein Opfer des Ampel-Aus geworden. Ich hoffe auf unseren neuen Bundesgesundheitsminister Dr. Linnemann. Als studierter Volkswirt ist er mit der Spieltheorie vertraut. Die gleiche Hoffnung richtet sich auch auf die Expert:innen in der Finanzkommission Gesundheit. Deren zweiter Bericht zum Ende des Jahres kann der Auftakt sein für den notwendigen Umbau- und Umdenkprozess.



Madeleine Barlozek MBA

ist freiberufliche Beraterin und Autorin im Gesundheitswesen sowie Senior Market Access Manager bei Danone. Durch ihre beruflichen Stationen in Pharmaindustrie, Medizintechnik und Unternehmensberatung kennt sie das deutsche Gesundheitswesen aus unterschiedlichen Perspektiven. Ihr besonderes Interesse gilt der Entwicklung anreizorientierter Reformkonzepte auf Basis von Gesundheitsökonomie, Spieltheorie und Mechanism Design, um wissenschaftliche Erkenntnisse in konkrete gesundheitspolitische Lösungen zu überführen.

Nur fehlt ein neutraler Mechanism Designer in Deutschland.

Barlozek: Mit dem fehlenden „Mechanism Designer" sprechen Sie unser Hauptproblem in unserem System an. Wir haben in Deutschland faktisch kein „Mechanism Design", weil das BMG zwar die Regeln vorgibt, die Normierungen und wichtigen Entscheidungen aber von anderen Instanzen getroffen werden, die eigentlich nicht neutral sind, weil sie alle eigene Interessen und Agenden haben. Das heißt: Hierzulande gibt es keine neutralen „Mechanism Designer", sondern nur Mitspieler, die ihre Regeln selbst machen dürfen.

Hildebrandt: Hinzu kommt, dass einige Akteure im System über eine besondere Gestaltungsmacht verfügen. Das ist eine Folge unseres Systems der Selbstverwaltung, in dem die zentralen Akteure des Gesundheitswesens zugleich maßgeblich an der Ausgestaltung der Regeln beteiligt sind. Damit entsteht zwangsläufig ein Spannungsfeld zwischen den jeweiligen Interessen der Beteiligten und den übergeordneten gesundheitspolitischen Zielen. Umso wichtiger ist es, die Regeln so zu gestalten, dass unterschiedliche Interessen berücksichtigt werden und die Anreize möglichst konsequent auf die gesellschaftlich gewünschten Ziele ausgerichtet sind.

Wer könnte die Regeln neutral setzen?

Barlozek: Das kann nur der Gesetzgeber, natürlich in Vorarbeit durch das BMG.

Hildebrandt: Das Gesundheitswesen ist so komplex und gleichzeitig entscheidend für Leben und Tod, dass wir sicherlich keine revolutionäre Lösung von heute auf morgen entwickeln können. Das heißt, dass es jetzt darauf ankommt, einen Weg zu entwickeln, wie wir regionale Verantwortungsträger etablieren und zunehmend in Richtung auf die Verbesserung der Gesundheit der regionalen Bevölkerung ausrichten. Das geht jedoch kaum als One-fits-all-Lösung für ganz Deutschland! Die Herausforderung wird sein, der Politik zu vermitteln, dass wir mit regionalen Lösungen beginnen müssen und dass die dort Agierenden Freiräume für die Gestaltung vor Ort brauchen, aber gleichzeitig auch die Ergebnisverantwortung übernehmen müssen. Und vor allem, dass es das BMG endlich zulässt, dass sich die ohnehin vorhandenen regionalen Unterschiedlichkeiten in den jeweiligen Versorgungsprozessen vor Ort abbilden.

Damit wären wir wieder am Anfang. Wer die Regeln ändert, ändert das Verhalten der Spieler. Kann die Spieltheorie diese Reaktion vorhersagen?

Barlozek: Genau das ist die Aufgabe des Mechanism Designs: Man muss die Regeln so entwerfen, dass für den Einzelnen das eigene Verhalten rational bleibt, aber auch für die Gesamtgesellschaft wünschenswert ist. Nur dann wird derjenige nicht bestraft, der sich ethisch verhält, so wie es derzeit allenthalben stattfindet: Die Leistungserbringenden, die besonders konservativ kodieren, die sich an alle Regeln halten, die nichts ausschöpfen, die kein Trittbrettfahrerverhalten zeigen, werden heute im Endeffekt finanziell bestraft. Stattdessen sollten

doch eigentlich diejenigen finanziell benachteiligt werden, die sich nicht an die Regeln halten. Im Endeffekt sind an Fehlentwicklungen nicht die Spieler schuld, sondern falsche Spielregeln.

Können Sie das an einer konkreten Regel festmachen?

Barlozek: Das ist genau das Modell, das Helmut Hildebrandt seit vielen Jahren propagiert: Accountable Care Organizations, kurz ACOs, wie es etwa das „Gesunde Kinzigtal" in Deutschland verkörpert, in Verbindung mit Shared Savings- und Kapitationsmodellen. Hier geht es immer darum, in einer Region Kosten zu sparen und an diesen Kostenersparnissen beteiligt zu werden. Das muss dann natürlich attraktiver sein, als am bisherigen System festzuhalten: Die Erlössteigerung, die ich mitnehmen kann, indem ich mehr kodiere, mehr Upcoding betreibe, mehr Fälle mache, darf nicht so stark sein wie der Anreiz, mich so zu verhalten, dass das vorhandene Budget besonders effizient eingesetzt wird. Das ist die große Herausforderung.

Spieltheorie – Verhalten unter Anreizen verstehen

Die Spieltheorie untersucht, wie sich rationale Akteure verhalten, wenn ihre Entscheidungen vom Verhalten anderer abhängen. Sie beschäftigt sich nicht mit Spielen, sondern mit Entscheidungsproblemen in Wirtschaft, Politik und Gesundheitswesen. Ihre Begriffe stammen aus der Ökonomik, für die 1994 John Nash, John Harsanyi und Reinhard Selten und 2007 Leonid Hurwicz, Eric Maskin und Roger Myerson den Wirtschaftsnobelpreis erhielten.

Die Anreizstruktur eines Systems bestimmt, welche Handlungsoption für einen Akteur strategisch am attraktivsten ist. Ist eine Option unabhängig vom Verhalten aller anderen immer die beste, spricht man von einer **dominanten Strategie.** Ein Krankenhaus, das seine Kodierung ausreizt, fährt damit besser, gleichgültig wie die Häuser in der Region sich verhalten.

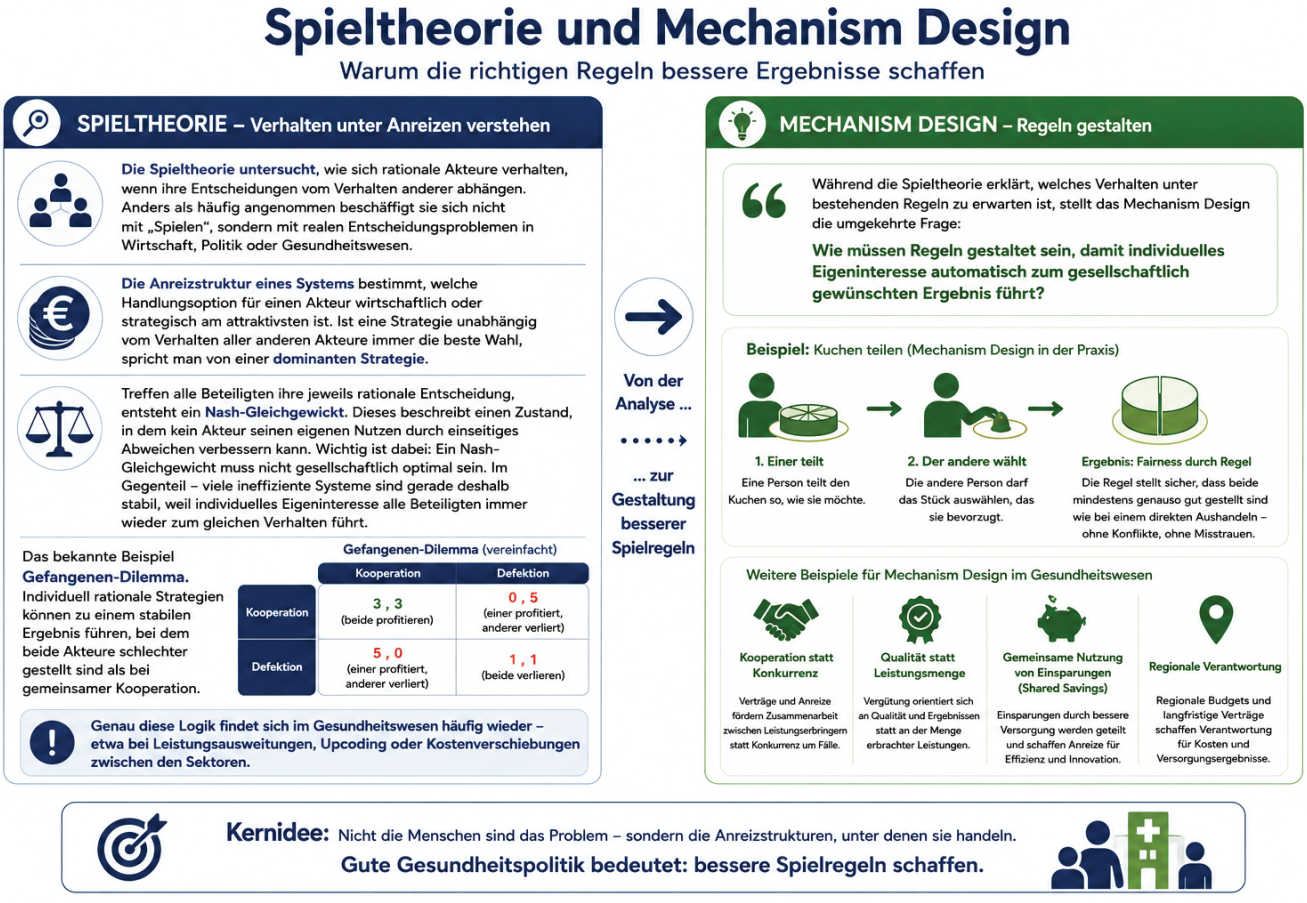
Wählen alle Beteiligten ihre jeweils beste Antwort auf das Verhalten der anderen, entsteht ein **Nash-Gleichgewicht.** In diesem Zustand kann keiner sein Ergebnis durch einseitiges Abweichen verbessern.

Ein solches Gleichgewicht muss nicht gesellschaftlich optimal sein. Viele ineffiziente Systeme sind gerade deshalb stabil, weil das Eigeninteresse aller Beteiligten sie immer wieder herstellt. Im **Gefangenendilemma** führen individuell rationale Strategien zu einem Ergebnis, bei dem alle schlechter stehen als bei Kooperation. Kodieren alle Häuser an der Grenze des Vertretbaren, gleichen sich die Vorteile aus und übrig bleiben höhere Prüfaufwände auf beiden Seiten.

Daraus folgt, warum Appelle an das Verhalten der Beteiligten wenig ausrichten. Solange die Regel den Vorteil erzeugt, bleibt die unerwünschte Strategie rational, und wer sie meidet, trägt die Kosten allein.

Das **Mechanism Design** fragt in die andere Richtung. Die Spieltheorie erklärt, welches Verhalten unter bestehenden Regeln zu erwarten ist. Das Mechanism Design fragt, wie Regeln beschaffen sein müssen, damit individuelles Eigeninteresse zum gesellschaftlich gewünschten Ergebnis führt. Es setzt kein moralisches Verhalten voraus, sondern gestaltet die Regeln so, dass Kooperation, Qualität und Effizienz für jeden Einzelnen zur rationalen Entscheidung werden. Praktisch heißt das, den Anreiz an das Ergebnis zu binden statt an die Menge erbrachter Leistungen, und ihn so zu setzen, dass er den Vorteil aus der bisherigen Strategie übersteigt.

Reformen, die ihre Ziele verfehlen, scheitern deshalb häufig nicht an mangelnder Einsicht der Beteiligten. Sie scheitern an Regeln, die das unerwünschte Verhalten belohnen.



Herr Hildebrandt, die USA gelten bei uns nicht gerade als Vorbild.

Hildebrandt: Sollten sie hier aber. Die amerikanischen staatlichen Versicherungen arbeiten inzwischen zu circa 50 Prozent mit Lösungen, die diesem Modell nahekommen. Das sind die eben genannten Accountable Care Organizations, die man dort als Regelwerk etabliert hat, und zwar über Ausschreibungsformen der Medicare- und Medicaid-Servicestellen. .Wir wissen auch, dass solche Lösungen international in sehr unterschiedlich organisierten Gesundheitssystemen existieren – etwa in Spanien, Großbritannien, den USA oder der Schweiz, dem Paradebeispiel liberaler Wirtschaftspolitik. Ganz neu sind solche Gedanken übrigens auch hierzulande nicht. So hat der Krankenhausbereich bereits lange Zeit positive Erfahrungen mit den regionalen Psychiatriebudgets gemacht.

Herr Hildebrandt, seit dem 29. Juli 2026 führt Dr. Carsten Linnemann das Bundesgesundheitsministerium. Was wären die ersten Schritte, zu denen Sie raten würden?

Hildebrandt: Auf Landkreisebene langfristige Vertragsmodelle mit der gesamten GKV zuzulassen, die sich in ihren Gesundheitsergebnissen für die Bevölkerung beweisen müssen. Dafür sollten sie bei Beibehaltung der bisherigen Gesamtausgaben Spielräume bekommen, ihre Strukturen zu ambulantisieren, mehr Prävention und Gesundheitsförderung zu etablieren und die Patient Journeys patientenfreundlicher zu gestalten. Ein neues optimiertes Modell bekommen wir nur dann hin, wenn wir gesunden Wettbewerb unter Regionen und Anbieterkonsortien zulassen, diese aber gleichzeitig zur Datentransparenz und Evaluation verpflichten. Nur so können wir eine uns weiterbringende Wissensgenerierung entwickeln und analysieren, wie wir unsere Bevölkerung am besten gesund erhalten können. Durch welche Methoden? Bei welchen Subpopulationen? Bei welchen Morbiditäten? Bei welchen sozialen Gruppen? Dafür brauchen wir erweitertes Wissen, das in und mit allen gesundheitsbezogenen Professionen entwickelt und gelehrt werden muss.

Ein solches System muss Qualität messen können. Woher sollen die Daten kommen?

Hildebrandt: Einspruch. Qualitätsmessung ist heute mit den vorhandenen Daten sehr viel besser möglich als noch vor 20 Jahren, als wir mit dem Kinzigtal gestartet sind. Mit den Routinedaten der Krankenkassen können wir heute sehr gut landkreisbezogene Vergleiche anstellen, auch die soziodemografischen Daten sind besser und diese Entwicklung geht ja stetig weiter. Für die OECD haben wir selbst zum Beispiel an der Entwicklung des Patient-Reported Indicator Surveys (PaRIS) mitgearbeitet. Das heißt, dass damit auch die Patient:innen selbst mit ihren Berichten einbezogen werden können. Für die Startphase von ACOs können aber auch schon die Veränderungen der Gesamtkosten der jeweiligen regionalen Population gegenüber den Durchschnittskosten der Bevölkerung als Proxys genutzt werden. Wir vergessen nur zu leicht, dass mehr GKV-Gesundheitsausgaben gleichzeitig auch ein Indikator für einen schlechten Gesundheitszustand dieser Bevölkerung sind.



Dr. h. c. Helmut Hildebrandt

ist Gründer und Vorstand der OptiMedis AG. Sein Schwerpunkt liegt im Aufbau und Management regionaler populationsbezogener IV-Systeme. So war er zum Beispiel von 2005 bis 2018 neben seiner Vorstandstätigkeit bei der OptiMedis AG Geschäftsführer der Gesundes Kinzigtal GmbH, die die Integrierte Versorgung im Ortenaukreis in Baden-Württemberg verantwortete. Zudem hat er in den Stadtteilen Billstedt und Horn in Hamburg, in Nordhessen, aber auch in Thüringen und in benachbarten europäischen Ländern ähnliche Lösungen erprobt. Aktuell arbeitet er an der Entwicklung von regionalen Budgetlösungen in der Primärversorgung und für Krankenhäuser.

Barlozek: Heute haben wir zudem die Möglichkeit, Qualität besser zu messen als früher. Der Schlüssel zu einer besseren Versorgung ist die Messung der Behandlungsqualität, weil alle anderen Daten nur Aufschluss darüber geben, was behandelt wurde, nicht aber, welches Ergebnis damit erzielt werden konnte. Doch um Behandlungen im stationären oder ambulanten Sektor zu bewerten, gibt es bisher keinerlei konsequent eingeführte Outcomemessungen. Die wir aber durch die Digitalisierung durchaus hätten, wenn wir wollten. Wenn ePA und Forschungsdatenzentrum irgendwann einmal voll mit Daten sind, können wir versuchen, qualitätsoptimiert die Kosten zu senken.

Shared Savings verteilt Einsparungen zwischen Kassen und Leistungserbringern. Die Patient:innen haben finanziell davon zunächst nichts.

Hildebrandt: Stimmt. Sie haben aber etwas davon, wenn sie in ihrer Gesunderhaltung besser unterstützt und unnötige Leistungen nicht mehr gemacht werden, weil dann für die nötigen mehr Budget vorhanden ist. Was die richtige Leistung ist, müssen jedoch die Leistungserbringenden selbst definieren – auf einer ethischen Grundlage und transparent gegenüber Vergleichen mit anderen Regionen. Die Leistungserbringenden wissen schon recht gut, welche Behandlungen effizient und effektiv sind und welche nicht. Nur sie wissen, wie lange der Patient tatsächlich in der Klinik bleiben muss. Nur sie wissen, wann es sinnvoll ist, Patient:innen zu Fachärzt:innen zu schicken, und wann nicht.

Barlozek: Von daher sind regionale Konsortien, bestehend aus

Ärzteschaft, allen Kassen gemeinsam und anderen Leistungserbringenden sinnvoll, die gemeinsam an Shared Savings beteiligt sinnvolle Definitionen geben können. Ein solches Gremium weiß ganz genau, wo man einsparen kann, ohne die Qualität zu minimieren. Das führt uns auch aus der mentalen Falle heraus, dass sich eigentlich alle Leistungsträger durch immer wieder neue Kostendämpfungsgesetze in eine Art Opferrolle gedrängt sehen, weil sie der Ansicht sind, bei ihnen würde überproportional stark gespart.

Herr Hildebrandt, seit 2016 wurden über 780 Innovationsfondsprojekte gefördert. Wie realistisch ist die Umsetzung bei so vielen Beteiligten?

Hildebrandt: Was Frau Barlozek ausführt, ist die Positivinterpretation. In der Umsetzungsrealität wird es sehr viel komplexer, weil wir bei den Leistungserbringenden ganz viele Beteiligte haben. Zudem sind an einer Versorgungsleistung eben nicht nur Haus- oder Fachärzt:innen beteiligt, sondern möglicherweise auch ambulante Pflegekräfte, Physiotherapeut:innen oder Hebammen. Insofern wird es schon sehr komplex, wenn es um die Quantifizierung und finanzielle Aufteilung des erzeugten Nutzens geht. Wir werden wahrscheinlich nicht darum herumkommen, die gegenwärtigen Vergütungsmechanismen erst einmal fortzuschreiben, um sie dann sukzessive weiterzuentwickeln. Bis man ein vollständig neues System entwickelt hat, wird das sicher 10 bis 15 Jahre dauern. Aber das macht mir keine Angst. Es ist auch gar nicht schlecht, dass Entwicklungen im Gesundheitswesen langsam vonstattengehen, weil wir es mit einem sehr gefährdeten Patientengut zu tun haben. Interessenten für solche regionalen Verantwortungsträger gibt es übrigens sowohl auf der Seite der Niedergelassenen wie auf der Seite der Krankenhausträger, wir stehen dafür mit einer ganzen Reihe von Regionen im dauernden Austausch.

Herr Hildebrandt, die Gesundheitsökonomie diskutiert vor allem Preise und Erstattung. Warum spielt denn die Anreizanalyse kaum eine Rolle?

Hildebrandt: Meiner Wahrnehmung nach diskutieren die Gesundheitsökonomen viel zu wenig über die wirklich wichtigen und gesellschaftlich relevanten Sachverhalte und dafür zu oft über die sicher auch wichtigen Preisgestaltungen bei Arzneimitteln. Dazu kommt, dass wir alle im Gesundheitswesen stark normativ denken. So wird oft die eigene, meist recht positive Geisteshaltung, wie man sich richtig und ethisch im Idealfall verhalten sollte, auf alle anderen übertragen. Die eigene Selbstwahrnehmung und Wunschvorstellung manifestiert sich dann in Gesetzesvorlagen und man wundert sich, warum noch so gut gemeinte Reformen ins Leere laufen. Hier greift die Spieltheorie an der richtigen Stelle ein: Sie führt uns zurück auf die rationalen Hintergründe und zeigt, dass die Wunschvorstellung, wie sich Leute verhalten sollen, nur eine Folie ist, indes eine Folie, die oft weit entfernt ist von dem, wie tatsächlich entschieden wird.

Die Gesetzesfolgenabschätzung nach § 44 GGO verlangt eine Darstellung der Wirkungen. Ist eine spieltheoretische Prüfung im Gesetzgebungsverfahren überhaupt leistbar?

Barlozek: Ich denke, die Entscheider:innen in diesem Bereich sind sich der Komplexität sehr wohl bewusst. Es ist schon schwierig, diese vielen komplexen Sachverhalte so weit zu verstehen, dass man sie über die Spieltheorie entscheidungstechnisch vereinfachen kann.

Ab wann sollte, nein müsste ein Gesetzentwurf spieltheoretisch geprüft werden?

Barlozek: Begleitend während der Erarbeitung einer Reform. Bei jedem wichtigen System- oder Regelwechsel muss bekannt sein, welche Auswirkungen am wahrscheinlichsten sind. Die klassische Spieltheorie kann darstellen, welches Nash-Gleichgewicht sich wo und wann einstellt. Und mithilfe des Mechanism Design, also des Weiterdenkens, können wir dann überlegen, welche Regeln wirklich dazu führen, dass Qualität und Effizienz im Mittelpunkt stehen. Interessant wäre übrigens auch die evolutorische Spieltheorie, die erklärt, welche Handlungsstrategien sich unter welchen gegebenen Regelungen langfristig durchsetzen. Das Schöne ist: All das können wir schon jetzt in den verfügbaren Daten beobachten.

Welche Regel würden Sie ändern, wenn Sie nur eine wählen könnten?

Hildebrandt: Eine Lösung, die die Kassenseite dazu anreizt, die Vermeidung der Progression von Krankheit zu unterstützen und dann gemeinsam über regionale Verantwortungsträger zu finanzieren. Deutschland könnte hier etwas entwickeln, was im Endeffekt ein ökonomisches Exportmodell auch für die Europäische Union insgesamt werden könnte. Denn diesen Bedarf haben alle entwickelten Länder der Welt. Ich würde also sagen: Deutschland von der „Apotheke der Welt" hin zum „Entwicklungslabor für Gesundheit für die Welt".

Frau Barlozek, Sie fordern regionale Konsortien mit allen Kassen gemeinsam. § 140a SGB V trägt nur Verträge einzelner Kassen. Was müsste als Erstes geschehen?

Barlozek: Ziel müsste sein, den Leistungserbringenden über regional etablierte Shared-Savings-Modelle die Verantwortung für die Effizienz im Gesundheitswesen zu geben. Wenn man den regionalen Stakeholdern das ethisch richtig formulierte ökonomische Interesse zurückgibt, wäre eine Umsetzung recht schnell möglich. Das wäre ein Ansatz, den wir in einigen Regionen sofort umsetzen und evaluieren könnten.

Frau Barlozek, Herr Hildebrandt, danke für das Gespräch. <<

Das Interview führten MVF-Herausgeber Prof. Dr. Reinhold Roski und MVF-Chefredakteur Peter Stegmaier.

1: Barlozek, M.: „Vom Nobelpreis zur Versorgungspraxis: Spieltheorie als neue Perspektive im Gesundheitswesen", in: Gesundheitswesen aktuell 2026, BARMER Institut für Gesundheitssystemforschung, Berlin 2026: https://t1p.de/331z1

Hinweis: Auf den Seiten 20 ff. lesen Sie eine spieltheoretische Betrachtung der aktuellen Krankenhausreform, die Madeleine Barlozek für MVF erstellt hat.

Zitationshinweis

Barlozek, M, Hildebrandt, H., Roski, R., Stegmaier, P.: „Nicht die Spieler sind schuld, sondern falsche Spielregeln", in „Monitor Versorgungsforschung" (05/26), S. 12–18. http://doi.org/10.24945/MVF.05.26.1866-0533.2862