

Susanne Dreier

Die vertragsärztliche Vergütung in Deutschland auf dem Prüfstand



**WISSENSCHAFTLICHE BEITRÄGE
AUS DEM TECTUM VERLAG**

Reihe Wirtschaftswissenschaften

**WISSENSCHAFTLICHE BEITRÄGE
AUS DEM TECTUM VERLAG**

Reihe Wirtschaftswissenschaften

Band 73

Susanne Dreier

**Die vertragsärztliche Vergütung
in Deutschland auf dem Prüfstand**

Tectum Verlag

Susanne Dreier

Die vertragsärztliche Vergütung in Deutschland auf dem Prüfstand

Wissenschaftliche Beiträge aus dem Tectum Verlag:

Reihe: Wirtschaftswissenschaften; Band 73

© Tectum Verlag Marburg, 2014

Zugl. Diss. Universität Ingolstadt/Eichstätt 2014

ISBN 978-3-8288-6130-5

(Dieser Titel ist zugleich als gedrucktes Buch
unter der ISBN 978-3-8288-3444-6 im Tectum Verlag erschienen.)

Umschlagabbildung: © In Tune | shutterstock.com

Besuchen Sie uns im Internet

www.tectum-verlag.de

www.facebook.com/tectum.verlag

Bibliografische Informationen der Deutschen Nationalbibliothek

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

Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis	XIII
Abbildungsverzeichnis	XVII
Tabellenverzeichnis	XIX
I. Einleitung	1
II. Theoretischer Rahmen und zentrale Begriffe	9
1. Gesundheit, Krankheit und Risiko	10
1.1. Eine Begriffsabgrenzung: Gesundheit und Krankheit	10
1.2. Risiko und Gesundheit	13
1.3. Konsequenzen der schwierigen Begriffsabgrenzung	16
2. Die Besonderheiten von Gesundheitsgütern	18
2.1. Begriffsdefinition Gesundheitsleistungen	19
2.2. Spezifische Charakteristika von Gesundheitsleistungen	19
2.2.1. Informationsökonomische Besonderheiten	20
2.2.1.1. Adverse Selektion	21
2.2.1.2. Moral Hazard	24
2.3. Angebotsinduzierte Nachfrage in der vertragsärztlichen Versorgung	27
2.3.1. Definition der angebotsinduzierten Nachfrage	27
2.3.2. Das Standardmodell der angebotsinduzierten Nachfrage	28
2.4. Marktversagen auf den Märkten für Gesundheitsleistungen	31
2.4.1. Externe Effekte	32
2.4.2. Die Kollektivgüterproblematik	33
2.4.3. Der Optionscharakter von medizinischen Leistungen	34
3. Theorie der optimalen Arztvergütung	35
3.1. Der Arzt als Agent von Krankenkassen und Patienten	36
3.2. Entscheidung bei Unsicherheit	37
3.3. Die Grundlagen der Principal-Agent-Theorie	39
3.3.1. Grundmodell bei Moral Hazard	41
3.3.2. Grundmodell bei Double Moral Hazard	47

3.4.	Interaktion zwischen „Arzt und Patient“	48
3.5.	Interaktion „ Krankenversicherung und Arzt“	52
3.6.	Der Arzt als Agent der Krankenversicherung und der Patienten	57
3.6.1.	Grundmodell bei vollständiger Information	58
3.6.2.	Modell bei einseitiger Asymmetrie.....	61
3.6.3.	Modell bei doppelter Asymmetrie	63
3.6.4.	Modell bei asymmetrischer Information.....	65
3.7.	Fazit und Ausblick	66
III.	Das System der gesetzlichen Krankenversicherung.....	69
4.	Darstellung des Krankenversicherungssystems in Deutschland.....	72
4.1.	Die gesetzliche Krankenversicherung im Überblick	72
4.1.1.	Organisation und Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung in Deutschland.....	74
4.1.2.	Versichertenstruktur und Beitragsbemessung in der GKV	77
4.1.3.	Ausgabenentwicklung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV)	79
4.1.4.	Die Umverteilungseffekte in der gesetzlichen Krankenversicherung	84
4.1.5.	Veränderungen in der GKV durch die Einführung der Gesundheitsfonds ab 2009	86
4.2.	Überblick über die private Krankenversicherung (PKV) in Deutschland.....	88
4.3.	Kritik an der gesetzlichen Krankenversicherung.....	89
4.3.1.	Finanzierungsmängel in der GKV	91
4.3.2.	Medizinische Schwachstellen in der GKV	93
5.	Institutionen und Akteure im deutschen Gesundheitswesen	93
5.1.	Staatliche Akteure (Makroebene)	95
5.1.1.	Das Bundesministerium für Gesundheit	95
5.1.2.	Die Landesministerien für Gesundheit	96
5.1.3.	Die Gesundheitsministerkonferenz der Länder	97
5.1.4.	Das Bundesversicherungsamt	97

5.1.5.	Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen.....	98
5.2.	Die Verbandsebene (Mesoebene).....	98
5.2.1.	Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen	99
5.2.2.	Die Kassenärztlichen Vereinigungen.....	100
5.2.2.1.	Die Entstehungsgeschichte der Kassenärztlichen Vereinigungen....	101
5.2.2.2.	Mitgliedschaft und Rechtsstatus Kassenärztlicher Vereinigungen.....	103
5.2.2.3.	Die Organe der Kassenärztlichen Vereinigungen.....	104
5.2.2.4.	Die Aufgaben der Kassenärztlichen Vereinigungen.....	105
5.2.3.	Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA)	106
5.2.4.	Die Bundes- und Landesärztekammer	107
5.3.	Zusammenfassung und Fazit.....	108
IV.	Das System der ambulanten ärztlichen Vergütung.....	111
6.	Das Vergütungssystem für niedergelassene Vertragsärzte in Deutschland.....	116
6.1.	Historische Entwicklung der Honorierung ärztlicher Leistungen in Deutschland.....	117
6.1.1.	Direkte Bezahlung und Kostenerstattung vor 1883	118
6.1.2.	Einführung des Sachleistungsprinzips 1883	120
6.1.3.	Kollektiv ausgehandelte Vergütungssysteme ab 1913	125
6.1.4.	Einführung der Gesamtvergütung 1931/32.....	128
6.1.5.	Selbstverwaltung ab 1945	131
6.1.6.	Die Kostenbegrenzungspolitik (ab 1977) und deren Auswirkungen auf die Honorierung.....	133
6.1.7.	Zusammenfassung der Reformgesetze von 1981 bis 2004.....	134
6.1.8.	Das Vertragsarztrechtsänderungsgesetz (VÄG) und das Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-WSG).....	136
6.2.	Rechtliche und ökonomische Grundlagen der vertragsärztlichen Honorierung	137
6.2.1.	Die gesetzlichen Grundlagen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM)	139

6.2.2.	Wesentliche Änderungen des EBM 2008 im Vergleich zum EBM 2000plus	142
6.2.2.1.	Der hausärztliche Versorgungsbereich	142
6.2.2.2.	Der fachärztliche Versorgungsbereich.....	145
6.3.	Morbiditätsorientierte Gesamtvergütung.....	145
6.3.1.	Ermittlung des erwarteten Behandlungsbedarfs im Rahmen der morbiditätsorientierten Gesamtvergütung	147
6.3.2.	Der bundesweite Orientierungspunktwert	151
6.3.3.	Regionale Orientierungspunktwerte	153
6.3.4.	Die vorhersehbare morbiditätsorientierte Gesamtvergütung.....	154
6.3.5.	Die nicht vorhersehbare morbiditätsorientierte Gesamtvergütung	155
6.3.6.	Leistungen außerhalb der morbiditätsorientierten Gesamtvergütung	156
6.3.7.	Zusammenfassung.....	159
6.4.	Die Regelleistungsvolumina (RLV)	159
6.5.	Die Plausibilitätsprüfung bei der Abrechnung vertragsärztlicher Leistungen	165
6.5.1.	Prüfungen durch die Kassenärztliche Vereinigung (§ 106 a Abs. 2 SGB V).....	166
6.5.2.	Die Prüfung durch die Krankenkassen (§ 106 a Abs. 6 SGB V).....	168
6.6.	Möglichkeiten und Grenzen der Delegation ärztlicher Leistungen	170
6.6.1.	Die rechtlichen Grundlagen der persönlichen Leistungserbringung.....	170
6.6.2.	Leistungen unter Arztvorbehalt	172
6.6.3.	Die höchstpersönlichen Leistungen des Arztes	173
6.6.4.	Die Delegation ärztlicher Leistungen an ärztliche Mitarbeiter.....	175
6.6.5.	Die Delegation von Leistungen an nicht ärztliche Mitarbeiter.....	175
6.6.6.	Haftung und Strafbarkeit.....	177
6.7.	Änderungen in der vertragsärztlichen Abrechnung aufgrund der Regelungen des Vertragsarztrechtsänderungsgesetzes (VÄndG)	178
6.7.1.	Begriffsdefinitionen	179

6.7.2.	Eine Übersicht über Gesamtvergütung und Honorarverteilung ab 2009	183
V.	Innovative Versorgungsformen	185
7.	Die Entwicklung integrierter Versorgungsstrukturen.....	187
7.1.	Allgemeine Begriffserklärungen und Zielsetzungen	189
7.2.	Vergütung von Leistungen außerhalb der Gesamtvergütung	195
7.3.	Integrierte Versorgung nach § 140 a ff. SGB V	198
7.3.1.	Die gesetzlichen Grundlagen Integrierter Versorgungsstrukturen ...	199
7.3.2.	Inhalt der integrierten Versorgung gemäß § 140 a SGB V	200
7.3.3.	Vertragspartner und Verträge nach § 140 b SGB V	201
7.3.4.	Vergütung der integrierten Versorgung gemäß § 140 c SGB V.....	203
7.3.5.	Regelungen zur Anschubfinanzierung und Budgetbereinigung gemäß § 140d SGB V	203
7.3.6.	Zusammenfassender Überblick.....	204
7.4.	Strukturierte Behandlungsprogramme (Disease-Management-Programme) gemäß § 137 f-g SGB V	205
7.4.1.	Entwicklung und gesetzliche Grundlagen der Disease Management Programme	208
7.4.2.	Anforderungen und Gestaltung strukturierter Behandlungsprogramme	210
7.4.3.	Evaluation der Disease-Management-Programme	212
7.4.4.	Allgemeine Anforderungen an die Evaluation von Disease-Management-Programmen.....	214
7.4.4.1.	Der Erhebungszeitraum und das Berichtsverfahren	214
7.4.4.2.	Kohortenbildung und allgemeine Programmauswertung	215
7.4.4.3.	Stichprobenumfang und spezifische Programmauswertung.....	215
7.4.4.4.	Die Vergleichbarkeit der Programme	216
7.4.5.	Die Evaluation der medizinischen Inhalte	217
7.4.6.	Zusammenfassende inhaltliche Darstellung der Evaluationsberichte	219
7.4.7.	Evaluationsergebnisse und kritische Würdigung der strukturierten Behandlungsprogramme.....	222
7.5.	Weitere integrierte Versorgungsstrukturen.....	225

7.5.1.	Modellvorhaben gemäß §§ 63 ff. SGB V	226
7.5.2.	Strukturverträge gemäß § 73a SGB V	228
7.5.3.	Hausarztzentrierte Versorgung gemäß § 73 b SGB V	230
7.5.4.	Ambulantes Operieren (§ 115b SGB V).....	232
7.6.	Zusammenfassung und Fazit.....	234
8.	Entwicklungen Medizinischer Versorgungszentren gemäß § 95 SGB V	235
8.1.	Charakteristika Medizinischer Versorgungszentren.....	237
8.2.	Rechtliche Konstruktionen Medizinischer Versorgungszentren	245
8.2.1.	Gründungsvoraussetzungen und - berechtigungen MVZ	245
8.2.2.	Mögliche MVZ Gesellschaftsformen	246
8.2.2.1.	Personengesellschaften als Gesellschaftsform eines MVZ	247
8.2.2.2.	Kapitalgesellschaften als Gesellschaftsform eines MVZ	248
8.2.2.3.	Europäische Rechtsformen als Gesellschaftsform eines MVZ	251
8.2.2.4.	Ausgeschlossene Rechtsformen.....	251
8.3.	Finanzierungsmöglichkeiten Medizinischer Versorgungszentren....	251
8.4.	Fazit und Ausblick	255
9.	Zukunftsmodell Managed Care – mehr Effizienz und Effektivität in der vertragsärztlichen Honorierung?	256
9.1.	Definition und Konzepte von „Managed Care“	258
9.2.	Instrumente des „Managed Care“	262
9.2.1.	Gatekeeping bei „Managed Care Konzepten“	264
9.2.2.	Fall-Management bei „Managed Care Konzepten“	265
9.2.3.	Vergütungssysteme als Steuerungselement	266
9.2.4.	Qualitätskontrolle.....	271
9.2.5.	Managed Care Instrumente im Überblick.....	272
9.3.	Historische Entwicklung von Managed Care Organisationen.....	272
9.4.	Managed Care Organisationen (MCOs)	274
9.4.1.	Health Maintenance Organization (HMO)	275
9.4.2.	Preferred Provider Organization (PPO)	277
9.4.3.	Point of Service Organizations (POS)	277

9.5.	Das System der ambulanten ärztlichen Vergütung in der Schweiz	278
9.5.1.	Allgemeine Aspekte und Merkmale des Schweizer Gesundheitswesens	279
9.5.2.	Der Arzt im traditionellen Sektor	283
9.5.3.	Der Arzt in Hausarztmodellen und HMOs	285
9.6.	Auswirkungen von Managed Care Modellen auf das Gesundheitswesen	287
9.6.1.	Kosteneffekte von Managed Care	289
9.6.2.	Qualitätseffekte von Managed Care	290
9.6.3.	Verteilungseffekte von Managed Care	293
9.6.4.	Akzeptanz von Managed Care	295
9.7.	Managed Care in Deutschland	298
9.8.	Zusammenfassung und Fazit	300
VI.	Schlussbetrachtung und Handlungsempfehlungen	303
	Literaturverzeichnis	309
	Internetquellen	337
	Anhang 1	341
	Anhang 2	344

Abkürzungsverzeichnis

<i>a.A.</i>	anderer Ansicht
<i>AAHP</i>	American Association of Health Plans
<i>Abs.</i>	Absatz
<i>AG</i>	Aktiengesellschaft
<i>AMG</i>	Arzneimittelgesetz
<i>AO</i>	Abgabenordnung
<i>Anm.</i>	Anmerkung
<i>Art.</i>	Artikel
<i>ArztR</i>	Arztrecht
<i>Aufl.</i>	Auflage
<i>AWMF</i>	Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften
<i>BÄK</i>	Bundesärztekammer
<i>Bd.</i>	Band
<i>BGBI</i>	Bundesgesetzblatt
<i>BKK</i>	Betriebskrankenkasse
<i>BMÄ</i>	Bundesmantelverträge für Ärzte
<i>BMG</i>	Bundesministerium für Gesundheit
<i>BPfIV</i>	Bundespfllegesatzverordnung
<i>BSC</i>	Balanced Scorecard
<i>bzw.</i>	beziehungsweise
<i>CMI</i>	Casemix Index
<i>c.p.</i>	ceteris paribus
<i>d.h.</i>	das heißt
<i>DKG</i>	Deutsche Krankenhausgesellschaft
<i>DM</i>	Disease Management
<i>DMO</i>	Disease Management Organisation
<i>DMP</i>	Disease-Management-Programm
<i>DRG</i>	Diagnosis Related Groups
<i>EKV</i>	Ersatzkassenvertrag

<i>et al.</i>	et alii
<i>EBM</i>	Einheitlicher Bewertungsmaßstab
<i>EFQM</i>	European Foundation for Quality Management
<i>E-GO</i>	Ersatzkassen-Gebührenordnung
<i>etc.</i>	et cetera
<i>f.</i>	folgend(e)
<i>ff.</i>	fortfolgende
<i>FKZ</i>	Fremdkassenzahlungsausgleich
<i>GbR</i>	Gesellschaft bürgerlichen Rechts
<i>G-DRGs</i>	German Diagnosis Related Groups
<i>GG</i>	Grundgesetz
<i>ggf.</i>	gegebenenfalls
<i>GKV</i>	Gesetzliche Krankenversicherung
<i>GmbH</i>	Gesellschaft mit beschränkter Haftung
<i>GoÄ</i>	Gebührenordnung für Ärzte
<i>GRG</i>	Gesundheitsreformgesetz
<i>GSG</i>	Gesundheitsstrukturgesetz
<i>HMO</i>	Health Maintenance Organisation
<i>Hrsg.</i>	Herausgeber
<i>HVM</i>	Honorarverteilungsmaßstab
<i>HVV</i>	Honorarverteilungsvertrag
<i>i.d.R.</i>	in der Regel
<i>IGel.</i>	Individuelle Gesundheitsleistung
<i>IKK</i>	Innungskrankenkasse
<i>InEK</i>	Institut für Entgeltsystem im Krankenhaus
<i>ISO</i>	International Organization for Standardization
<i>IV</i>	Integrierte Versorgung
<i>IVS</i>	Integrierte Versorgungssysteme
<i>Jg.</i>	Jahrgang
<i>Kap.</i>	Kapitel
<i>KBV</i>	Kassenärztliche Bundesvereinigung

<i>KFPV</i>	Verordnung zum Fallpauschalensystem
<i>KHBV</i>	Krankenhausbuchführungsverordnung
<i>KHEntgG</i>	Krankenhausentgeltgesetz
<i>KHG</i>	Gesetz zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze (Krankenhausfinanzie- rungsgesetz)
<i>KHK</i>	Koronare Herzkrankheit
<i>KHKDG</i>	Krankenhaus-Kostendämpfungsgesetz
<i>KHNG</i>	Krankenhaus-Neuordnungsgesetz
<i>KTQ</i>	Kooperation für Transparenz und Qualität im Krankenhaus
<i>KV</i>	Kassenärztliche Vereinigung
<i>KVG</i>	Krankenversicherungsgesetz
<i>KVKG</i>	Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetz
<i>MC</i>	Managed Care
<i>MCO</i>	Managed Care Organizations
<i>MDK</i>	Medizinischer Dienst der Krankenkassen
<i>Mrd.</i>	Milliarde(n)
<i>MSO</i>	Management Service Organisation
<i>MVZ</i>	Medizinisches Versorgungszentrum
<i>NOG</i>	Neuordnungsgesetz
<i>Nr.</i>	Nummer
<i>o.D.</i>	ohne Datum
<i>OPS</i>	Operationen- und Prozedurenschlüssel
<i>o.S.</i>	ohne Seitenangabe
<i>o.V.</i>	ohne Verfasser
<i>PA</i>	Principal Agent
<i>PKV</i>	Private Krankenversicherung
<i>POS</i>	Point of Service
<i>PR</i>	Public Relation
<i>PSO</i>	Provider Sponsored Organization
<i>QUALY</i>	Quality Adjusted Life Years

<i>Reha</i>	Rehabilitation
<i>RSA</i>	Risikostrukturausgleich
<i>RSaV</i>	Risikostrukturausgleichsverordnung
<i>RV</i>	Rentenversicherung
<i>S.</i>	Seite(n)
<i>SGB</i>	Sozialgesetzbuch
<i>SVR</i>	Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung
<i>SVRKaIG</i>	Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen
<i>TK</i>	Techniker Krankenkasse
<i>u.a.</i>	unter anderem
<i>Vol.</i>	Volume
<i>WHO</i>	World Health Organization
<i>z.B.</i>	zum Beispiel

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1:	Preisinduzierte und arztinduzierte Nachfrage.....	30
Abbildung 2:	Beziehungen zwischen Arzt, Versicherter und Krankenkasse	37
Abbildung 3:	vereinfachte Gesundheitsfunktion	60
Abbildung 4:	Entwicklung der nominalen Gesundheitsausgaben von 1999 bis 2010.....	80
Abbildung 5:	Anteil der Gesundheitsausgaben am BIP von 1999 bis 2010.....	81
Abbildung 6:	Kostenerstattung durch Hilfskassen	119
Abbildung 7:	Ärztliche Honorierung nach 1883	121
Abbildung 8:	Vertragsärztliche Honorierung nach dem Berliner Abkommen 1913.....	128
Abbildung 9:	Honorierungssystem ab 1931/32	131
Abbildung 10:	Integrierte Versorgungsstrukturen im Gesundheitswesen....	190
Abbildung 11:	Sektoren - versus Disease Management Programm	207
Abbildung 12:	Der Weg zu einem strukturierten Behandlungsprogramm...	209
Abbildung 13:	Übersicht der Teilnehmer an Disease-Management- Programmen.....	212
Abbildung 14:	Die Entwicklung der MVZ von 2004 bis 2008	238
Abbildung 15:	Räumliche Ansiedlung der MVZ.....	239
Abbildung 16:	Regionale Verteilung der MVZ	240
Abbildung 17:	Entwicklung von MVZ in Trägerschaft von Vertragsärzten und Kliniken.....	241
Abbildung 18:	Typen Medizinischer Versorgungszentren 2004 bis 2008 ...	243
Abbildung 19:	Honorar je Arzt 2008	253
Abbildung 20:	Vergütungssysteme im Überblick.....	270
Abbildung 21:	Managed Care Instrumente im Überblick.....	272

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1:	Determinanten des Gesundheitszustandes.....	14
Tabelle 2:	Direkte und indirekte Indikatoren zur Messung von Krankheiten.....	17
Tabelle 3:	Rollenverteilung auf Basis der Principal-Agent-Theorie.....	40
Tabelle 4:	Die zehn häufigsten Diagnosen bei Allgemeinärzten	114
Tabelle 5:	Die regionalen HVV-Quoten.....	149
Tabelle 6:	Verteilung des Honorarzuwachses auf die einzelnen Bundesländer	152
Tabelle 7:	Verteilung des Honorarzuwachses auf das Bundesgebiet West und Ost.....	153
Tabelle 8:	Aufschlagfaktoren auf die morbiditätsorientierte Gesamtvergütung.....	158
Tabelle 9:	Integrierte Versorgungsstrukturen auf Basis des SGB V.....	197
Tabelle 10:	Tabellen Standard zur Auswertung medizinischer Parameter	217
Tabelle 11:	Bewertungen "ungünstiger Werte" bei mehr als einer Folgedokumentation	218
Tabelle 12:	Verträge zur integrierten Versorgung 2004 bis 2008	235
Tabelle 13:	Aktuelle Entwicklung der Medizinischen Versorgungszentren in	237
Deutschland		237
Tabelle 14:	Überblick GbR und GmbH.....	250
Tabelle 15:	Managed Care versus traditionelles System.....	263
Tabelle 16:	Vor- und Nachteile ausgewählter Vergütungsformen.....	267
Tabelle 17:	Kompetenzen- und Aufgabenverteilung im Gesundheitswesen.....	280
Tabelle 18:	Finanzierung des Gesundheitswesens in der Schweiz.....	282

I. Einleitung

Mit der Institutionalisierung der gesetzlichen Krankenversicherung im deutschen Gesundheitswesen wurde den Versicherten ein nahezu flächendeckendes Leistungsangebot mit einem hohen Versorgungsstandard gewährleistet, was sich nicht zuletzt in der Höhe der Gesundheitsausgaben¹ widerspiegelt, lagen diese im Jahr 2000 bei 212,8 Mrd. Euro, waren es 2010 insgesamt 287,4 Mrd. Euro, die für Gesundheitsleistungen ausgegeben wurden. Den größten Teil der Gesundheitsausgaben - 58 Prozent bzw. 165,5 Mrd. Euro – verursachte die gesetz-

¹ „Die Gesundheitsausgabenrechnung weist Gesundheitsausgaben sowie Ausgaben für den erweiterten Leistungsbereich des Gesundheitswesens aus. Grundlage für die Abgrenzung der Gesundheitsausgaben ist die Definition der OECD. Dieser Definition zufolge werden alle Ausgaben für Aktivitäten oder Güter, die von Einrichtungen und Individuen durchgeführt oder bereit gestellt werden, und die dabei medizinisches, hilfsmittelmedizinisches oder pflegerisches Wissen oder die dafür erforderlichen Technologien anwenden zu den Gesundheitsausgaben gezählt. Voraussetzung ist, dass sie dabei eines der folgenden Ziele verfolgen:

- Gesundheit fördern und Krankheit verhindern
- Krankheiten heilen und vorzeitige Mortalität reduzieren
- Personen versorgen, die chronische Krankheiten haben und pflegerische Hilfe benötigen
- Personen versorgen, die gesundheitliche Beeinträchtigungen oder Behinderungen haben und pflegerische Hilfe benötigen
- Patienten einen würdevollen Tod ermöglichen
- Öffentlichen Gesundheitsschutz oder öffentliche Gesundheitsprogramme für die Bevölkerung bereitstellen und verwalten
- Zugang zu Versicherungssystemen (gesetzlich oder privat organisiert) verschaffen, welche die Bevölkerung vor den finanziellen Folgen von Krankheit schützen; der Aufbau solcher Systeme, deren Verwaltung und Kontrolle sind Teil der Gesundheitsausgaben.“

Nach dieser Definition zählen in Deutschland Leistungen und Güter mit dem Ziel der Prävention, Behandlung, Rehabilitation und Pflege sowie Investitionen der Einrichtungen des Gesundheitswesens zu den Gesundheitsausgaben. Damit gehören beispielsweise Ausgaben für ärztliche Vorsorgeuntersuchungen oder für pflegerische Leistungen, die Pflegebedürftigen in Pflegeheimen zugutekommen, eindeutig zu den Gesundheitsausgaben.“ (statistisches Bundesamt (2012): Gesundheitsausgaben, S. 4).

liche Krankenversicherung. Betrachtet man die Gesundheitsausgaben im Verhältnis zum Bruttoinlandsprodukt, so ergibt sich in dem Zeitraum von 2000 bis 2008 ein relativ stabiler Wert, der zwischen 10,4 und 10,7 Prozent des Bruttoinlands (BIP) lag; auch wenn der Wert 2010 auf 11,6 Prozent angestiegen ist, relativiert sich die seit Jahren geführte Debatte über eine „Kostenexplosion“ im Gesundheitswesen.

Die Argumente, die für die stetig steigenden Ausgaben im Gesundheitswesen verantwortlich gemacht werden, sind nachvollziehbar und begründet. Dem demographischen Wandel kommt in der Diskussion über Ausgabensteigerungen eine bedeutende Rolle zu. Es ist davon auszugehen, dass der zunehmende Altersquotient in den kommenden Jahren weitere Ausgabensteigerungen nach sich ziehen wird. Mit der Zunahme des Anteils älterer Menschen an der Gesamtbevölkerung – infolge rückläufiger Geburtenrate und steigender Lebenserwartung – steigen nicht nur die behandlungsbedürftigen Krankheiten und somit die Gesundheitsausgaben, sondern es verringert sich im Durchschnitt auch die Anzahl erwerbsfähiger Menschen mit der Konsequenz real sinkender Einnahmen für das Versorgungssystem.² Die steigenden Behandlungskosten sind jedoch nicht ausschließlich demographisch verursacht, sondern sind durch die Veränderungen im Behandlungsspektrum älterer Menschen bedingt. Die höchsten Kosten der medizinischen Versorgung entstehen bekanntlich in den letzten Lebensjahren; neben einer erhöhten Multimorbidität führt eine Zunahme chronischer Erkrankungen zu neuen Anforderungen an die Ausgestaltung eines modernen Gesundheitssystems.³

Eine weitere Ursache des Ausgabenanstiegs bei Gesundheitsleistungen wird in dem medizinisch-technischen Fortschritt und der steigenden Anspruchshaltung der Versicherten gesehen.⁴ Der medizinisch-technische Fortschritt⁵ verbessert

² Vgl. Sachverständigenrat für Gesundheit (1996): Sondergutachten, S. 42.
http://www.svrgesundheit.de/fileadmin/user_upload/Gutachten/1996/kurz-f-de96.pdf
(heruntergeladen am 30.05.2012).

³ Die beschriebenen Entwicklungen zeigen, dass es in naher Zukunft nicht ausbleibt, Beitragssatzsteigerungen bzw. Leistungskürzungen in Kauf zu nehmen.

⁴ Vgl. Krüger-Brand, H. (2005), A.734.

⁵ Der medizinisch-technische Fortschritt führt zusätzlich direkt zu einer erhöhten Leistungsanspruchnahme, da das als medizinisch notwendig angesehene Leistungsspektrum stetig steigt. Vgl. hierzu Oberender, P. et.al. (2002), S. 132.

auch Diagnose- und Therapieverfahren, was wiederum die Effekte des demographischen Wandels verstärkt und eine erhöhte Leistungsanspruchnahme zur Folge hat.⁶

Das System der gesetzlichen Krankenversicherung wird zusätzlich von dem Problem der Arbeitslosigkeit beeinflusst, da die einkommensabhängige Beitragserhebung bei einem Anstieg der Arbeitslosenquote direkte Auswirkungen auf die Beitragseinnahmen hat.⁷

Die beschriebenen systemexternen Probleme bei der Finanzierung von Gesundheitsleistungen sind jedoch nicht alleine für die Finanzierungsschwäche im Gesundheitswesen verantwortlich, denn auch systeminterne, wie beispielsweise Koordinations-, Kooperations- und Kommunikationsprobleme, führen zu Effizienzverlusten. Eine mangelnde Koordination innerhalb des Gesundheitswesens – sowohl technischer als auch personeller Art – führen nicht selten zu fragwürdigen Diagnosen und Therapien, Mehrfachuntersuchungen und zu Mängeln in der Transparenz und Patientenorientierung.⁸ In der Folge kommt es zu wirtschaftlichen Fehlanreizen und eine effiziente Ressourcenzuteilung ist nahezu ausgeschlossen. Ein wesentlicher Grund für die Unwirtschaftlichkeiten im deutschen Gesundheitswesen, ist die sektorale Trennung; die aufgrund der schwer überschaubaren organisatorischen Ausgestaltung sektorenübergreifende Kooperationen erheblich behindern.⁹

Die Bedeutung einer ausreichenden kommunikativen Vernetzung der einzelnen Leistungserbringer ist unumstritten, denn nur so wird eine bedarfsgerechte Versorgung der Patienten möglich; beim Fehlen kommt es zu erheblichen Zeitverzögerungen – beispielsweise bei der Übermittlung wichtiger Patientendaten - die in einer mangelnden medizinischen Versorgung mündet.¹⁰ Diese nahezu nicht

⁶ Vgl. Kühn, H. (2001), S. 12.

⁷ Wie bereits oben erwähnt, wurden 2010 rund 58 Prozent der Gesundheitsausgaben für die gesetzliche Krankenversicherung aufgewendet.

⁸ Vgl. Rebscher, H. (2004), S. 46 ff.

⁹ Besonders deutlich werden die genannten Schnittstellenprobleme bei der Versorgung von Patienten mit einer chronischen Erkrankung; gerade dies verdeutlicht die Notwendigkeit einer sektorenübergreifenden Kooperation zwischen den Leistungserbringern. Vgl. hierzu auch Glaeske, G. (2002), S. 4.

¹⁰ Vgl. Henze, M. / Pöpl, S. J. (2005), S. 225 ff.

vorhandene Zusammenarbeit zwischen den Sektoren hat eine Unter-, Über- und Fehlversorgung zur Folge; um diese – häufig durch sektorale Budgets – bedingten Verteilungsmängel zu reduzieren, bedarf es ökonomischer und innovationsorientierte Ansätze.¹¹

Der Gesetzgeber versucht seit Jahrzehnten, die Finanzierungsproblematik durch Einsparungen bzw. Leistungskürzungen von Gesundheitsleistungen einzudämmen, allerdings ist dieser Weg alleine nicht ausreichend und wie sich gezeigt hat, wenig effektiv, da das deutsche Gesundheitswesen nach wie vor mit stetig steigenden Ausgaben für Gesundheitsleistungen konfrontiert ist; vielmehr müssen die Strukturen an die Herausforderungen eines zukunftsorientierten Gesundheitssystems angepasst werden. Ein Ansatz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen ist die integrierte Versorgung im weiteren Sinne¹², die eine Erhöhung der Qualität, Effizienz und Rationalität zum Ziel haben.¹³

Die vorliegende Arbeit greift die beschriebene Finanzierungsproblematik auf und betrachtet diese aus Sicht des ambulanten Sektors, d.h. wie ist die vertragsärztliche Vergütung organisiert, wo liegen Schwachstellen und sind Einsparpotentiale realisierbar.

Teil I widmet sich zunächst der Definition der relevanten Begriffe, die die Grundlage der weiterführenden Analyse bilden. Dabei wird den Besonderheiten von Gesundheitsleistungen besondere Aufmerksamkeit geschenkt, denn diese beeinflussen in erheblichem Maße die Vergütung bzw. Honorierung und verdeutlichen, dass der Marktmechanismus bei Gesundheitsleistungen teilweise außer Kraft gesetzt wird und hier staatliche Eingriffe in den Gesundheitsmarkt notwendig sind, auch wenn dies nicht unumstritten ist. Die „Gesundheit“ oder „Krankheit“ des Einzelnen ist für die gesamte Volkswirtschaft von erheblicher Relevanz und hat damit in der Folge Auswirkungen auf nahezu alle Wirtschaftssektoren.

¹¹ Vgl. Ramming, J. (2004), S. 148 ff.

¹² Unter integrierte Versorgung im weiteren Sinne werden neben der integrierten Versorgung gemäß § 140 a SGB V alle Versorgungsstrukturen verstanden, die eine Vernetzung der Leistungserbringer fördern, wie beispielsweise die hausarztzentrierte Versorgung, die Modellvorhaben, die Disease Management Programme u.a.

¹³ Vgl. Glaeske, G. (2002), S. 17.

In Teil II wird die ökonomische Theorie der Arztvergütung dargestellt; mit dem Ziel Aussagen darüber zu treffen, wie aus ökonomischer Sicht ein Vergütungsmodell gestaltet sein muss, um den Anforderungen gerecht zu werden. Bereits an dieser Stelle sei darauf hingewiesen, dass aufgrund der Komplexität der ambulanten vertragsärztlichen Honorierung nur ein Modell mit stark vereinfachten Annahmen konstruiert werden kann, was damit den Aussagegehalt einschränkt, jedoch einen Hinweis darauf gibt, welche Vergütungssysteme geeignet sind, um eine angemessene Versorgung mit Gesundheitsleistungen im ambulanten Bereich zu gewährleisten.

Um die Frage zu beantworten, wie ambulante vertragsärztliche Leistung vergütet werden sollen, muss ein Blick auf System der gesetzlichen Krankenversicherung in Deutschland geworfen werden, wobei die Vielzahl der beteiligten Akteure bereits ein Indiz für die Komplexität der Vergütungssystems ist. In Deutschland spielen die Kassenärztlichen Vereinigungen, die im Dezember 1931 errichtet wurden und die seit dieser Zeit eine Monopolstellung für ambulante vertragsärztliche Leistungen innehaben, eine bedeutende und in Europa nahezu einzigartige Rolle. Zwar werden seit Jahren Anstrengungen unternommen, den Aktionsspielraum der Kassenärztlichen Vereinigungen einzuschränken, dennoch besitzen sie bis heute einen erheblichen Einfluss auf den ambulanten Sektor. Kritiker fordern seit Jahren, eine Auflösung dieser und es werden in regelmäßigen Abständen Aufrufe getätigt, aus diesem System auszusteigen und auf eine Zulassung als Vertragsarzt zu verzichten.

Der Abschnitt III widmet sich den Institutionen und Akteuren im deutschen Gesundheitswesen und gibt einen Überblick darüber, wie diese die ambulante vertragsärztliche Versorgung beeinflussen bzw. welche Interessen mit deren Aktionen verbunden sind.

Einer der Schwerpunkte dieser Arbeit beschäftigt sich mit dem Vergütungssystem für niedergelassene Ärzte. Um die Frage zu beantworten, wie ein zukunftsorientiertes Vergütungssystem für niedergelassene Ärzte aussehen könnte bzw. welchen Anforderungen dieses gerecht werden muss, ist ein Blick auf die historische Entwicklung unerlässlich. Die historischen Ereignisse sind es, die ein Vergleich zwischen Gesundheitssystemen so schwierig – nahezu unmöglich macht, da es wohl kein Gesundheitssystem gibt, das dem anderen zu 100 Prozent gleicht. Auch das deutsche Gesundheitssystem ist stark von den historischen Entwicklungen geprägt, was nicht ohne Folgen für die ambulante vertragsärztliche Vergütung geblieben ist; daher beginnt der Teil IV mit einer Darstellung der historischen Entwicklung des deutschen Gesundheitssystems unter

besonderer Berücksichtigung der hieraus resultierenden Folgen für die ambulante ärztliche Vergütung. Es schließt sich eine umfassende Darstellung des ambulanten ärztlichen Vergütungssystems an, insbesondere die Aspekte der morbiditätsorientierten Gesamtvergütung werden ausführlich analysiert. Die der ambulanten vertragsärztlichen Vergütung zugrundeliegende Systematik ist von einer hohen Komplexität geprägt, die es den Vertragsärzten nahezu unmöglich machen, den ihnen von den Kassenärztlichen Vereinigungen erstellten Honorarbescheid nachzuvollziehen bzw. diesen als Kalkulationsgrundlage für künftige Investitionen zu verwenden.

Einen weiteren Schwerpunkt bilden die in Teil V dargestellten „innovativen Versorgungsmodelle“, die zunehmend an Bedeutung im deutschen Gesundheitssystem gewinnen. Auch wenn die medizinische Versorgung in Deutschland in vielen hochtechnisierten und fortschrittsorientierten Bereichen als nachahmenswert gilt, sind gerade bei der Behandlung chronischer Erkrankungen Defizite zu erkennen, die überwiegend auf die Schnittstellenprobleme zwischen den einzelnen Sektoren zurückzuführen werden können und sich vor allem durch Koordinationsmängel zwischen den ambulanten und akut- sowie rehabilitativen Sektoren zeigen. Es ist unumstritten, dass die mangelnde Kooperation zu Unwirtschaftlichkeiten für das gesamte Gesundheitssystem und inadäquaten Versorgungsstrukturen für die Patienten, führt. Seit Jahren werden daher gesetzlichen Rahmenbedingungen gefordert, die die Schaffung optimierter Versorgungsstrukturen ermöglicht. Das Ziel einer solchen „Integrationsversorgung“ ist neben der Verbesserung der Kommunikation und Koordination zwischen den einzelnen Behandlungsebenen, die Berücksichtigung von einheitlichen Behandlungsleitlinien auch den Leistungserbringern einen Teil der ökonomischen Verantwortung zu übertragen („das Geld folgt der Leistung“). Auf der Suche nach wirksamen Strategien, die die Effizienz und Effektivität im Gesundheitswesen verbessern, wird die Förderung der integrierten Versorgung als ein vielversprechender Ansatz betrachtet. Es darf jedoch nicht vernachlässigt werden, dass ein über lange Zeit gewachsenes sektoral organisiertes Gesundheitssystem sensibel auf Veränderungen reagiert und daher Neuerungen nicht ohne Widerstände durchgesetzt werden können. Der Gesetzgeber hat eine Vielzahl von Möglichkeiten geschaffen, um einen Aufbau integrierter Versorgungsstrukturen zu fördern bzw. zu unterstützen; auch wenn diese im Moment noch keinen großen Anteil der ärztlichen Versorgung haben, sind sie von großer Bedeutung für die künftige Versorgung; besonderes Augenmerk liegt auch hier auf dem Einfluss des gewählten Vergütungssystems.

Die im deutschen Gesundheitssystem existierenden Mängel bzw. Probleme sind keineswegs einmalig, im Gegenteil. Am Beispiel der Schweiz und den USA

zeigt sich, dass die dortige Entwicklung von sogenannten „Managed Care“ Konzepten, die eine sektorenübergreifende Versorgung der Versicherten bzw. Patienten zum Ziel haben, ebenso, wie in Deutschland mit erheblichen Widerständen zu kämpfen haben. Die weitreichenden Erkenntnisse, die aus den USA und der Schweiz aus Managed Care Konzepten ableiten lassen, werden daraufhin überprüft, ob diese auf das deutsche Gesundheitssystem übertragbar sind und welche Konsequenzen sich hieraus ergeben.

Die Arbeit schließt mit einer Interpretation der Ergebnisse und Erkenntnisse und leitet Handlungsempfehlungen für die Ausgestaltung eines zukunftsorientierten ambulanten vertragsärztlichen Vergütungssystems ab.

II. Theoretischer Rahmen und zentrale Begriffe

Die Voraussetzung für die Durchführung einer ökonomischen Analyse ist eine präzise Definition der wesentlichen Begriffe. Das Kapitel I widmet sich daher den theoretischen Grundlagen und zentralen Begriffen des Gesundheitsmarktes. Da der Gesundheitsmarkt nur bedingt mit „traditionellen“ Märkten vergleichbar ist, analysiert Abschnitt 2 die Charakteristika von Gesundheitsleistungen und die damit verbundenen Konsequenzen für ein funktionierendes Gesundheitssystem.

Ein grundlegendes Problem auf dem „Markt“ für ambulant zu vergütende Leistungen niedergelassener Ärzte, liegt insbesondere in den vorherrschenden Informationsasymmetrien zwischen dem Patient und dem Arzt auf der einen Seite und zwischen den Krankenversicherungen und dem Arzt auf der anderen Seite. Hinzu kommt das Informationsproblem zwischen den Versicherten bzw. Patienten und den Krankenkassen. In Abschnitt 3 wird - unter zu Hilfenahme unterschiedlicher Modellansätze – das Verhalten von Ärzten analysiert. Die Beziehungen des Arztes und zu den Patienten sowie den Krankenkassen und anderen Ärzten werden mittels der Principal-Agent-Theorie¹⁴ untersucht. Für die Untersuchung von Vertragsbeziehungen zwischen Auftraggebern und Auftragnehmern hat sich die Principal-Agent-Theorie aus dem Theoriegeflecht der Neuen Institutionenökonomik bewährt. Der theoretische Teil beschränkt sich weitestgehend auf die Darstellung und Verknüpfung existierender Modelle von Teilaspekten des ärztlichen Verhaltens; vor allem die Komplexität begründet dieses Vorgehen, denn die Beleuchtung des Untersuchungsgegenstandes aus unterschiedlichen Blickwinkeln führt zu interessanten Erkenntnissen.

Die aus diesem Kapitel erlangten Erkenntnisse dienen den weiteren Kapiteln als Grundlage und ermöglichen damit ein besseres Verständnis sowohl der Auswirkungen bestimmter Maßnahmen im Gesundheitswesen als auch des Verhaltens der an der Erstellung von Gesundheitsleistungen beteiligten Akteure.

¹⁴ In der Literatur herrscht keine Einigkeit darüber, welche Voraussetzungen für das Vorliegen einer Principal-Agent-Beziehung konstitutiv sind. Im Allgemeinen werden jedoch Vertragsbeziehungen thematisiert, wobei eine oder mehrere Individuen damit beauftragt werden, eine Aufgabe in dessen Namen zu erfüllen.