

II. Leistungserbringung im deutschen Gesundheitswesen

Der Begriff Gesundheitswesen umfasst die „Gesamtheit der Einrichtungen und Personen, welche die Gesundheit der Bevölkerung fördern, erhalten und wiederherstellen sollen“³. Hauptträger sind die gesetzlichen Krankenversicherungen, bei denen ca. 70 Millionen Bundesbürger versichert sind, was ca. 85% der Bevölkerung entspricht. Da Arbeitnehmer und deren Familienmitglieder in der Regel pflichtversichert sind, rekrutiert sich ein Großteil der Mitglieder aus diesem Teil der Bevölkerung.⁴ Ihr Ursprung liegt im Bismarckschen Krankenversicherungsgesetz vom 15. Juni 1883, wobei die darin enthaltenen Prinzipien und Grundstrukturen bis in die heutige Zeit gelten.⁵ Wesentliches Strukturmerkmal ist das Solidaritätsprinzip, wonach innerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung⁶ der finanziell Stärkere für den finanziell Schwächeren eintritt. Die Beiträge der Mitglieder richten sich somit nicht nach Differenzierungsmerkmalen wie Alter, Geschlecht oder Vorerkrankungen, sondern werden als fester Prozentsatz des Arbeitsentgelts erhoben, wobei dieser sich zwischen Arbeitgeber und Arbeitnehmer aufteilt.⁷

Die volkswirtschaftliche Bedeutung des Gesundheitswesens ist immens, so hat die gesetzliche Krankenversicherung 2011 Gesamtausgaben von ca. 179,6 Mrd. Euro getätigt. Davon entfielen 59,95 Mrd. Euro (ca. 33,4%) auf die Krankenhausbehandlung, 27,63 Mrd. Euro (ca. 15,4%) auf die ambulante ärztliche Behandlung und 28,98 Mrd. Euro auf Arzneimittel (ca. 16,1%), um nur die größten Ausgabenposten zu benennen. Die Ausgaben der Krankenversicherungen steigen seit Jahrzehnten schneller als die Löhne und Gehälter der Versicherten, was zu einem Anstieg der Versicherungsbeiträge führte. So lag 1960 der durchschnittliche Krankenkassenbeitrag eines Versicherten bei 8,43 %, wobei er im Jahr 2012 bei 15,5% des jeweiligen Bruttoeinkommens lag.⁸

³ Nagel, E. (2007), S. 29.

⁴ Am 01.07.2012 waren 69.712.066 Personen über die gesetzlichen Krankenkassen versichert. Vgl. www.gbe-bund.de [07.10.2012].

⁵ Vgl. Waltermann (2008), S. 75f.

⁶ Neben der gesetzlichen Krankenversicherung existiert noch die private Krankenversicherung. Allerdings beinhaltet die Arbeit ausschließlich die gesetzliche Krankenversicherung, weswegen häufig aufgrund der besseren Lesbarkeit das Synonym Krankenversicherung verwendet wird.

⁷ Vgl. Nagel, E. (2007), S. 73. Vgl. zu den Grundlagen der GKV in Deutschland: Breyer; Zweifel; Kifmann (2005), S. 196ff.

⁸ Vgl. www.gbe-bund.de [07.10.2012]. Daneben finden sich eine Vielzahl von Daten auf der Website des Statistischen Bundesamtes (www.destatis.de).

Die gesetzliche Krankenversicherung gliedert sich in sieben unterschiedliche Kassenarten auf.⁹ Sie sind gem. § 4 Abs. 1 SGB V rechtsfähige Körperschaften des öffentlichen Rechts mit Selbstverwaltung. Ihr Ziel ist es, „die Gesundheit der Versicherten zu erhalten, wiederherzustellen oder ihren Gesundheitszustand zu bessern“.¹⁰

Die zu erbringenden Leistungen sind dabei in § 11 Abs. 1 SGB V normiert und umfassen:

- Verhütung von Krankheiten, Empfängnisverhütung, Sterilisation und Schwangerschaftsabbruch
- Früherkennung von Krankheiten
- Krankenbehandlung, d.h. Erkennung, Heilung, Verhütung der Verschlimmerung einer Krankheit und Linderung von Krankheitsbeschwerden
- Persönliches Budget nach § 17 Abs. 2-4 des SGB IX

Die gesetzlichen Krankenkassen nehmen Maßnahmen zur Behandlung von Krankheiten nicht selbst an den Versicherten vor, sondern bedienen sich der Leistungserbringer. Neben Krankenhäusern als a-typisches stationäres Element gibt es im ambulanten Sektor die niedergelassenen Ärzte, Apotheken und sonstige Leistungserbringer wie Heilpraktiker oder Rehabilitationseinrichtungen, wobei letztere auch als stationäre Einrichtungen existieren.

Den gesetzlichen Krankenversicherungen fällt die Interessenvertretung ihrer pflichtversicherten Mitglieder gegenüber den Anbietern medizinischer Leistungen zu. Im Gegensatz zum privaten Sektor regeln nicht Einzelverträge die Rechtsgeschäfte zwischen den beteiligten Parteien, sondern übergeordnete Kollektivverträge. Leistungserbringer und Krankenkassen regeln mittels der Selbstverwaltung die konkrete Ausgestaltung der Austauschverhältnisse, wobei Angebotsmengen und –preise reguliert werden. Das Gesundheitssystem wird somit dem Dritten Sektor zugerechnet, in dem der Staat eine Aufsichtsfunktion wahrnimmt und die Rahmenbedingungen setzt. Es handelt sich dabei um eine hybride Konstruktion, welche zwischen dem privatwirtschaftlichen Sektor und der öffentlichen Hand liegt. In der Praxis äußert sich dies durch einen komple-

⁹ Allgemeine Ortskrankenkassen, Betriebskrankenkassen, Innungskrankenkassen, Ersatzkassen, See-Krankenkasse, Landwirtschaftliche Krankenkassen, Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See. Vgl. dazu *Waltermann* (2008), S. 77. Die dazu gehörige Rechtsgrundlage ist § 21 Abs. 2 SGB I, § 4 Abs. 2 SGB V.

¹⁰ § 1 SGB V.

nen gesetzlichen Rahmen, welcher medizinische Tätigkeiten umfassend reguliert. Beginnend bei der Zulassung bis zur Honorargestaltung und den Qualitätsanforderungen, umgibt alle Beteiligten, im Vergleich zum Privatsektor, ein enges rechtliches Korsett.¹¹

Seit 1889 wuchs der Umfang der staatlichen Vorgaben an. Neben dem Leistungskatalog¹² wurde der pflichtversicherte Personenkreis¹³ erheblich ausgedehnt. Gleichzeitig vergrößerte sich durch technologische und pharmazeutische Innovationen der ärztliche Handlungsspielraum immens. Da den dadurch verursachten Kostensteigerungen keine entsprechenden Einnahmen entgegengestellt werden konnten, stiegen die Versicherungsprämien an. Im Jahre 1977 rückte die Kostendämpfung verstärkt in den Blickpunkt der Gesundheitspolitik, welche mittels des Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetz (KVKG) Gestalt annahm. Beginnend mit dem 2. GKV-NOG im Jahr 1997 wurden immer mehr Möglichkeiten zur Durchbrechung der durch Kollektivverträge normierten Regelversorgung geschaffen. Krankenkassen und Leistungserbringer können seitdem mittels Einzelverträgen neuartige Versorgungsformen gestalten.

Neben gesetzlichen Krankenversicherungen gibt es in Deutschland private Krankenversicherungen, welche nach Vorgaben des Bundesaufsichtsamtes für Versicherungswesen Tagegeld, Teil- und Vollversicherungen der Krankheitskosten anbieten können. Es gelten privatrechtliche Grundlagen, wodurch sich die Beiträge am individuell abzusichernden Risiko des Versicherten orientieren.¹⁴ Private Krankenversicherungen nutzen das Kostenerstattungsprinzip, wonach der Patient medizinische Maßnahmen beim Leistungserbringer gegen Rechnung erhält. Die Gesamtkosten oder einen zuvor festgesetzten Teilbetrag bekommt er dabei von seiner Krankenkasse ersetzt.¹⁵ Im Jahr 2011 verfügten

¹¹ Vgl. Böge (2011), S. 19. Ebenso: Vgl. Ernst (2008), S. 166f. Die Mikroebene ist somit deutlich abhängiger von der Makroebene als bei den Wirkmechanismen der freien Wirtschaft. Vgl. Klein (2010), S. 275f. Dem Gesetzgeber fällt dabei die Rolle zu, das magische Dreieck der Versorgungsziele, zwischen Versicherten, Krankenkassen und Leistungserbringern in ein günstiges Verhältnis zu bringen. Vgl. Börner (2003), S. 355f. Vgl. zur Definition Dritter Sektor: Gerlinger (2002), S. 21.

¹² Anfangs sicherte der Gesetzgeber den Versicherten freie ärztliche Behandlung, freie Arzneimittel, im geringem Maße Heilmittel, Kranken- und Sterbegeld als auch Wöcherinnenunterstützung zu. In den folgenden Jahrzehnten wurden Leistungsumfang und die Dauer der Leistungsanspruchnahme erhöht. Bsp. sind die 1969 eingeführte Lohnfortzahlung im Krankheitsfall und das 1989 normierte Recht der häuslichen Pflegeleistung.

¹³ Bspw. wurden im Jahre 1941 Rentner und 1981 Künstler in der Gesetzlichen Krankenversicherung pflichtversichert.

¹⁴ Vgl. Nagel, E. (2007), S. 113ff.

¹⁵ Vgl. Waltermann (2008), S. 88f. Für gesetzlich Versicherte gilt bei einer Krankenbehandlung im EU-Ausland ebenfalls das Kostenerstattungsprinzips (§13 Abs. 4 SGB V).

die privaten Krankenversicherungen über etwas unter 9 Millionen Vollversicherte.¹⁶

A. Möglichkeitsraum der Regelversorgung

Grundlegendes Regelwerk für das deutsche Gesundheitswesen ist das SGB V, welches die gesetzliche Krankenversicherung zum Inhalt hat und wichtige Regelungen zu den Rechtsbeziehungen der beteiligten Akteure¹⁷ untereinander trifft. Daneben gestalten die Krankenhausgesetze der Länder und die Berufsordnungen der Ärztekammern den rechtlichen Rahmen.¹⁸ Den einzelnen Leistungserbringer öffnet sich dadurch ein Möglichkeitsraum, welchen sie mittels ihrer Handlungen füllen. Grundlegend kann dabei zwischen Regelversorgung und neuartigen Versorgungsformen unterschieden werden. Letztere bedienen sich primär selektiven Einzelverträgen, während für die Regelversorgung Kollektivverträge prägend sind. Die Regelversorgung verfügt über eine lange Historie und ist tief in den Aktorsvorstellungen verankert.¹⁹

Die gesamte Ärzteschaft bedient sich zur Organisation und Abgleich ihrer Interessen mit anderen Akteuren des Gesundheitswesens der Selbstverwaltung, die in regional verankerten Ärztekammern Ausdruck findet, welchen die einzelnen Ärzte aufgrund einer Pflichtmitgliedschaft zwangsweise angehören.²⁰ Selbstverwaltung bedeutet, „die selbstständige, fachweisungsfreie Wahrnehmung enumerativ oder global überlassener oder zugewiesener eigener öffentlicher Angelegenheiten durch unterstaatliche Träger oder Subjekte öffentlicher Verwaltung im eigenen Namen“.²¹ So fallen u. a. die Schaffung von berufsständi-

¹⁶ Genau: 8.810.900 Personen waren bei den privaten Krankenversicherung versichert. Vgl. www.gbe-bund.de [15.11.2011].

¹⁷ Anstatt des Begriffs Akteur wird in vorliegender Arbeit die Bezeichnung Akteur genutzt, was jede soziale Einheit, welcher eine wirtschaftliche Handlung zugeschrieben werden kann, beschreibt. Es kann sich somit um ein Individuum, eine Gruppe oder ein ganzes Unternehmen handeln. Vgl. *Herrman-Pilath* (2002), S. 22. Eine Nutzung des Begriffs Akteur begründet sich aus dem Umstand, dass Vertragsärzte als Selbstständige individuelle Geschäftsentscheidungen auch immer auf ihre Praxis als Organisation auswirken. Die Einzelpraxis, als Regelfall vertragsärztlicher Leistungserbringung, ist kaum von der Person des Arztes zu trennen. Vgl. *Uhlenbruck; Schlund* (2002), S. 169. Ebenso: *Lerch; Sydow, Wilhelm* (2007), S. 256.

¹⁸ Vgl. *Kallmeyer* (2008), S. 75. Wettbewerbliches Verhalten der Ärzte wird nur noch sehr eingeschränkt durch Bestimmungen der Berufsordnungen beeinflusst. Vgl. *Böge* (2011), S. 74.

¹⁹ Vgl. *Albrecht et al.* (2008), S. 97.

²⁰ Vgl. *Heinrich* (2011), S. 66f.; *Kluth* (1997), S. 85.

²¹ Vgl. *Wolff; Bachof; Stober* (1987), S.180.

schen Satzungen oder die Abnahme von Facharztprüfungen in den Verantwortungsbereich der Ärztekammern. Für den ambulanten Bereich regeln Kassenärztliche Vereinigungen Themen wie die Honorarverteilung, wirtschaftliche Leistungserbringung, Kontrollfunktionen in Bezug auf die qualitative Leistungsüberwachung und Festsetzung als auch Sicherstellung der ambulanten Versorgung. Dadurch ist die Steuerungskompetenz des Leistungsgeschehens auf Meso-Ebene angesiedelt, sodass als direkte Folge ein Wettbewerbsdefizit auf dem Leistungsmarkt entsteht. Insgesamt verpflichtet das SGB V Krankenkassen und Leistungserbringer und deren Verbände an über 40 Stellen des Gesetzes zum gemeinsamen und einheitlichen Handeln auf Bundes- und Landesebene.²²

Um demokratische Mitspracherechte innerhalb des Dritten Sektors zu sichern, existieren eine Vielzahl gleichberechtigter Steuerungsmechanismen. In der Folge entsteht eine hohe Komplexität, welche prägend für das Gesundheitswesen ist. Neben der zentral-staatlichen Steuerung (Regelung der Pflichtversicherung) gibt es dezentral-föderale (Zuständigkeit für die Approbation der Ärzte) und intermediäre Steuerungsformen (Einfluss von Verbänden). Diese Steuerungskomponenten machen aufgrund ihrer Vielgliedrigkeit und sektoralen Versäulung einen erheblichen Koordinationsaufwand zwischen den einzelnen Parteien erforderlich.²³

Die Leistungserbringer bewegen sich in einem hochregulierten Umfeld, welches nur wenig Spielraum zur Entwicklung neuer Geschäftsfelder lässt. Der Möglichkeitsraum wird innerhalb der Regelversorgung durch die Kollektivverträge stark beschränkt. So ist eine Verdrängung regional konkurrierender Anbieter allenfalls in engen Grenzen möglich, da mittels des Bedarfsplans gem. § 99 Abs. 1 SGB V das regionale Marktgeschehen reguliert wird.²⁴ Generell bestimmen angebotsregulierende Instrumente die Möglichkeiten der Leistungserbringung. Medikamente können seitens der Pharmaunternehmen nicht einfach auf dem Gesundheitsmarkt angeboten werden, sondern unterliegen einer Zulassungspflicht. Ebenso kann der Patient eine Vielzahl von Medikamenten nicht ohne ärztliche Erlaubnis in einer Apotheke erwerben, da sie verschreibungspflichtig sind. Auch im ärztlichen Bereich existieren viele Auflagen. So bedürfen Vertragsärzte einer Zulassung und auch Krankenhäuser unterliegen einer Bedarfsplanung. Gleichzeitig wird, über das Instrument der Versicherungspflicht, die

²² Vgl. Cassel et al. (2006), S. 28.

²³ Vgl. Drygalla; Landenberger; Schaarschmidt (2002), S. 31ff.

²⁴ Vgl. Breyer; Zweifel; Kifmann (2005), S. 346.; Vgl. § 17 Abs. 1 M-BOÄ i.V.m. § 99 Abs. 1 SGB V (Bedarfsplan).

Nachfrageseite reguliert. Versicherte können somit nur medizinische Leistungen wahrnehmen, die am, durch das SGB V determinierten, Markt angeboten werden.²⁵ Als oberstes Beschlussgremium der gemeinsamen Selbstverwaltung fungiert der Gemeinsame Bundesausschuss, in welchem Vertreter der Ärzte, Zahnärzte, Psychotherapeuten, Krankenhäuser und Krankenkassen partizipieren. Kernaufgabe des Gemeinsamen Bundesausschuss ist es, rechtsverbindliche Richtlinien für Versorgungs- und Qualitätsstandards zu erlassen. Das IQWiG (Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen) arbeitet im Auftrag des Gemeinsamen Bundesausschuss, und liefert zur Beschlussfassung notwendige Informationen. Ziel ist es, die Qualität und Wirtschaftlichkeit von Leistungen der gesetzlichen Krankenkassen sicherzustellen.²⁶

Der Gemeinsame Bundesausschuss trägt wesentlich zur Setzung von Qualitätsstandards bei, indem er im Rahmen der Selbstverwaltung Untersuchungs- und Behandlungsmethoden bewertet. Dabei gilt als erster Grundsatz, dass keine neue Methode ohne den Gemeinsamen Bundesausschuss eingeführt werden kann (§ 135 Abs. 1 Satz 1 SGB V). Der zweite Grundsatz schließt Methoden aus, die Festlegungen des Gemeinsamen Bundesausschusses widersprechen (§ 135 Abs. 1 Satz 3 SGB V).²⁷ Es wird deutlich, dass der Staat mit dem Steuerungsinstrument „Recht“ vielfältigen Einfluss auf das Verhalten der am Markt tätigen Akteure nimmt. Anbieter und Nachfrager sind gleichermaßen betroffen. Prägend für das deutsche Gesundheitssystem ist das von den gesetzlichen Krankenversicherungen genutzte Sachleistungsprinzip. Der gesetzlich Krankenversicherte (Leistungsberechtigter) hat gegenüber der gesetzlichen Krankenversicherung einen Leistungsanspruch. Wie bereits aufgezeigt, ist es ihnen verboten derartige Leistungen selbst zu erbringen.²⁸ Die gesetzliche Krankenversicherung bedient sich dazu der Leistungserbringer,²⁹ welche die zur Behandlung erforderlichen Maßnahmen am Patienten vollbringen. Der Versicherte ist gegenüber dem Leistungserbringer nicht zahlungsverpflichtet, sondern die gesetzliche Krankenversicherung. Mittels der in den letzten Jahren einge-

²⁵ Vgl. *Berner* (2002), S. 149ff.

²⁶ Durch das GKV-VStG erfolgte eine Stärkung der Neutralität der Unparteiischen und ihrer Stellvertreter. (§91 Abs. 2 SGB V). Vgl. BT-Drs. 17/6906, S. 67.

²⁷ Vgl. *Freudenberg* (2008), S. 165f.

²⁸ Vgl. *Eichenhofer* (2007), S. 203.

²⁹ Obgleich der Terminus Leistungserbringer vom Gesetzgeber an mehreren Stellen verwendet wird, trifft er keine Legaldefinition. Orientierung bietet der vierte Abschnitt des SGB V, welcher „Das Recht der Leistungserbringer“ zum Inhalt hat. Als Leistungserbringer können demnach natürliche oder juristische Personen angesehen werden, die Leistungen im Sinne von § 11 SGB V an gesetzlich Versicherten erbringen. Vgl. *Siebert* (2006), S. 17.

fürten Zuzahlungsregeln, wie z.B. der Praxisgebühr, erfuhr das Sachleistungsprinzip allerdings immer neue Durchbrechungen.³⁰

Das deutsche Gesundheitssystem beinhaltet eine Vielzahl von Leistungserbringern, welche verschiedene Leistungsarten, wie ärztliche, zahnärztliche und therapeutische Leistungen oder Maßnahmen der Rehabilitation, erbringen.³¹ Innerhalb der vorliegenden Arbeit wird sich auf ärztliche Leistungen konzentriert, da sie den Mittelpunkt des Gesundheitssektors darstellen. Sie stehen im Mittelpunkt der Optimierungsbemühungen des Gesetzgebers, da lediglich die Ärzteschaft Leistungen anderer Sektoren auslösen kann. Hilfsleistungen zu Lasten der Krankenversicherungen können nur auf Grundlage ärztlicher Anordnung getätigt werden (§15 Abs. 1 Satz 2 SGB V). Dieser Arztvorbehalt soll in erster Linie dem Gesundheitsschutz des Patienten vor ungeeigneten Maßnahmen, und somit der Qualitätssicherung, dienen. Zusätzlich erfolgt im Rahmen der Arbeit eine Verengung der Betrachtung auf den ambulanten Sektor, welcher eine zentrale Rolle bei der Umgestaltung der Versorgungslandschaft einnimmt, weil er regelmäßig die erste Anlaufstelle für einen erkrankten Versicherten ist. Der ambulante Sektor wird von der niedergelassenen Ärzteschaft getragen.³² Sie organisieren sich, je nach lokaler Zugehörigkeit, über die für sie verantwortliche Kassenärztliche Vereinigung. Ebenso wie bei der Ärztekammer ist auch hier eine Pflichtmitgliedschaft der im Kassenärztlichen Bezirk ansässigen Vertragsärzte normiert. Die Rahmenbedingungen für die Selbstverwaltung der Ärzte werden im Gesetz über das Kassenarztrecht (GKAR) von 1955 gelegt. Die Kassenärztlichen Vereinigungen haben einen Sicherstellungs- und Gewährleistungsauftrag für die ambulante Versorgung, welcher sich als Gegenstück zum Sachleistungsprinzip ergibt. Daneben vertreten sie die Interessen der ambulanten Ärzteschaft gegenüber Krankenkassen und Politik. Zu den Aufgaben der Vertragsärzte gehört es nach den Regeln der ärztlichen Kunst Krankheiten am Patienten zu verhüten, früh zu erkennen und zu behandeln.³³ Durch einen ambulanten Arzt verordnete Drittleistungen sind regelmäßig einem anderen Sektor zuzurechnen, da diese gesondert vergütet und erbracht werden. Die vertragsärzt-

³⁰ Vgl. *Rixen* (2005a), S. 368.

³¹ Vgl. *Becker; Kingreen* (2008), S. 442f.

³² Hausärztliche und fachärztliche Versorgung sind keine eigenen Leistungssektoren, da es sich dabei nur um eine Untergliederung der Kassenärztlichen Versorgung handelt. Vgl. § 73 Abs. 1 Satz 1 SGB V. Der Begriff Vertragsarzt/Vertragszahnarzt löste mit dem Gesundheitsstrukturgesetz von 1993 die Bezeichnung Kassenarzt/Kassenzahnarzt ab. Daneben sind die Bezeichnungen: ambulanter / niedergelassener Arzt geläufig. Da Integrierte Versorgung Inhalt der vorliegenden Arbeit ist, wird auf eine gesonderte Nennung von Zahnärzten im Folgenden verzichtet.

³³ Vgl. *Nagel, E.* (2007), S. 123.

liche Versorgung besteht aus einem hausärztlichen und fachärztlichen Strang (§ 73 Abs. 1 SGB V). Als Hausärzte gelten Ärzte für Allgemeinmedizin und Ärzte ohne Gebietsbezeichnung, ebenso wie Kinderärzte und Internisten, die sich bis zum 31.12.1995 für die hausärztliche Versorgung entschieden haben. Neben in eigener Praxis niedergelassenen Ärzten übernehmen Medizinische Versorgungszentren sowie ermächtigte Ärzte und ärztlich geleitete Einrichtungen die ambulante Versorgung der Bevölkerung.³⁴

Ein weiterer gewichtiger Sektor ist die stationäre Krankenhausbehandlung, wovon stationär zu erbringende Nachsorge- und Vorsorgeleistungen abzugrenzen sind. Rehabilitationseinrichtungen teilen sich ebenfalls in einen ambulanten und stationären Leistungssektor auf.³⁵ Neben Versorgern im Bereich der Heilmittel gibt es Leistungserbringer für die Versorgung der Patienten mit Hilfsmitteln, Arznei- oder Verbandmitteln. Daneben werden in eigenständigen Bereichen Krankentransportleistungen, Soziotherapie, Leistungen von Hebammen und Geburtshelfern sowie häusliche Krankenpflege erbracht.³⁶

Die gesonderten Rechtsbeziehungen eines jeden Leistungserbringers zu den Krankenkassen prägen das Gesundheitswesen und charakterisieren die Regelversorgung.³⁷ Unmittelbare Folge sind eine Vielzahl von Schnittstellen in der Patientenbehandlung. Deswegen war es Ziel der zurückliegenden Gesetzesvorhaben, den Behandlungsprozess der Patienten über verschiedene Versorgungsstufen hinweg besser zu synchronisieren. Ebenso war eine Verlagerung der Finanzierungsverantwortung auf die Integrationspartner und die damit einhergehende gemeinsame Budgetverantwortung ein Schwerpunkt der vergangenen Gesetzesnovellierungen.³⁸

B. Aktuelle und zukünftige Herausforderungen

Technologischer Fortschritt führt im medizinischen Bereich zu vielfältigen Innovationen, wodurch stetig neue Diagnose- und Therapieverfahren ermöglicht

³⁴ Vgl. Nagel, E. (2007), S. 126.

³⁵ Die teilw. vertretene Argumentation eines einheitlichen Rehabilitationssektors (vgl. Rieger, Rn. 13 zu „Integrierte Versorgung“) kann bei den hier zu Grunde gelegten Abgrenzungskriterien nicht aufrechterhalten werden.

³⁶ Vgl. Felix; Brockmann (2007), S. 628f.

³⁷ Vgl. Windthorst (2002), S. 19f.

³⁸ Vgl. Bode (2004), S. 131ff. Wobei argumentiert wird, dass im Dritten Sektor generell eine Verschiebung von Vertrauen zu Kontrolle stattfindet.

werden. Zwar gilt der Medizinbetrieb als ausgesprochen Innovationsfreudig, allerdings handelt es sich dabei meist um Produktinnovationen bzw. add-on technologies. Sie eröffnen neue oder verbesserte Behandlungs- oder Diagnosemöglichkeiten, wobei oft deutliche Mehrkosten einhergehen. Prozessinnovationen oder substitute technologies zur Kostensenkung werden kaum entwickelt, wodurch in diesem Bereich erhebliches Verbesserungspotenzial herrscht.³⁹ Als Begleiterscheinung der starken Fokussierung auf Produktinnovationen fällt die damit einhergehende stärkere Spezialisierung der Leistungserbringer auf, wodurch der Anteil fachärztlicher Versorgung in den vergangenen Jahren kontinuierlich anstieg. Begünstigend wirkt sich auf den beschriebenen Sachverhalt die hohe Verfügbarkeit von Ressourcen aus. Aufgrund des erheblichen gesellschaftlichen Werts von Gesundheit, wird der Gesundheitssektor großzügig mit Ressourcen versorgt. Leistungserbringer konnten in der Vergangenheit entstandene Aufwendungen weitgehend ungehindert verrechnen.⁴⁰ Dabei ist zu beobachten, dass der durchschnittliche Gesundheitszustand der Bevölkerung in den zurückliegenden Jahrzehnten kaum besser wurde. Medizinische Errungenschaften führen oft nicht zur völligen Gesundung des Patienten, sondern zu einem chronisch kranken Menschen, der einen stetigen Behandlungsbedarf hat.⁴¹

Der demographische Wandel verstärkt den Effekt zusätzlich, da ältere Menschen vermehrt zu Multimorbidität neigen und so höhere Gesundheitskosten verursachen. Im Endeffekt steigen die Gesamtausgaben an. Ein einfacher Quervergleich mit dem Beitragssystem der privaten Krankenversicherungen verdeutlicht diesen Zusammenhang. Dort steigen aufgrund der zunehmenden Multimorbidität die individuellen Versicherungsbeiträge gem. dem Äquivalenzprinzip mit dem Alter der Versicherungsnehmer an. Die zu erwartende demografische Entwicklung wird bis ins Jahr 2060 dazu führen, dass jeder dritte Bundesbürger über 65 Jahre alt ist und somit einen erhöhten Bedarf an medizinischen Leistungen hat, worauf das jetzige Gesundheitssystem mit der starken Fokussierung auf Akutbehandlungen schlecht vorbereitet ist. Verschärfend kommt hinzu, dass aufgrund des Geburtenrückgangs die Finanzierungsbasis

³⁹ Vgl. Henke; Reimers (2006), S. 5ff. Gleichzeitig verweist Waltermann auf den Umstand, dass sich die medizinische Diagnostik deutlich schneller als die Möglichkeiten der Therapie entwickelt. Vgl. Waltermann (2008), S. 74f.

⁴⁰ Vgl. Heberer (2001), S. 25f. i.V.m. Rüegg-Sturm et al. (2009), S. 182. Dabei ist kein besonderer Abfall zu den „Goldenen Jahren“ Mitte des 20. Jahrhunderts feststellbar. Vgl. Freidson (2001), S. 186.

⁴¹ Vgl. König; Hüning; Mört (2003), S. 14.

wegbricht, was zu einer „doppelten Alterung“ der Bevölkerung führt und die Sozialkassen zukünftig vor Probleme stellen wird. Während aktuell 50 Millionen Menschen der Gruppe der Erwerbstätigen zuzurechnen sind, werden es 2060 lediglich 36 Millionen sein, was einen Rückgang von 27% bedeutet.⁴²

Bei der Betrachtung des Medizinbetriebs und dessen Entwicklung ist stets die ökonomische Besonderheit der angebotsinduzierten Nachfrage zu berücksichtigen. Da ärztliche Leistungserstellung von einem starken Informationsgefälle geprägt ist, kann die Nachfrage seitens der Ärzte gesteuert werden. Sie können bei Patienten Bedürfnisinterpretationen anregen, so dass diese angebotene Leistungen, wie bspw. die sog. Individuellen Gesundheitsleistungen (IGeL), „freiwillig“ nachfragen. Ebenso ist im ambulanten Bereich trotz steigender Ärztedichte kein Rückgang bei den erbrachten Leistungen pro Arzt zu beobachten.⁴³ Der Patient ist in diesem Sinne das Behandlungsobjekt der Ärzte, welche mittels Diagnose und Therapieempfehlung weitere Nachfrage am Gesundheitsmarkt auslösen. Dem Patienten kommt dabei allenfalls die etwas abstrakte Rolle als Impulsgeber zu, da erst sein Erscheinen beim Arzt die weitere Nachfrage auslöst. Der Wandel vom Patienten zum informierten Kunden kann die Steuerungsmacht der Ärzte allenfalls abmildern, jedoch nicht grundlegend relativieren.⁴⁴

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass das beobachtbare Ausgabenwachstum sehr vielschichtig ist. Die zukünftige Herausforderung im Gesundheitswesen liegt aus Sicht der Ökonomik darin, diese Kostenentwicklung in den Griff zu bekommen und das System bezahlbar zu halten.⁴⁵ Nur so kann der Gesetzgeber in seiner Funktion als Gewährleistungsstaat breiten Bevölkerungsgruppen einen Zugang zu medizinischen Leistungen ermöglichen und dem im Art 20 Abs. 1 GG normierten Sozialstaat genügen.⁴⁶ Eng damit verknüpft ist die Frage nach dem Anteil des Sozialprodukts, welches sinnvoll für medizinische Leistungen veranschlagt wird.⁴⁷ Hier ist der Sozialstaat gefordert, weswegen öko-

⁴² Vgl. *Statistisches Bundesamt* (2009), S. 14ff. und *Reile* (2007), S. 58.

⁴³ Vgl. *Koch* (2009), S. 30. Vgl. zu den Stichworten: Anbieterdominanz; fehlende Konsumenten-souveränität und der Irrationalität von Nachfrageentscheidungen: *Freudenberg* (2008), S. 143. Vgl. zu IGeL: *Wooopen* (2009), S. 192.

⁴⁴ Vgl. *Gorschlüter* (2001), S. 9. Wie schwach die Position des Patienten ist, wird bei einem Blick auf den Gemeinsamen Bundesausschuss deutlich. Dort beschränken sich die Mitwirkungsrechte der Patientenvertreter auf Anwesenheits-, Beratungs- und teilw. Antragsrechte. Vgl. *Schuler-Harms* (2010), S. 856.

⁴⁵ Dies wird auch von anderen Fachrichtungen beschieden Vgl. *Waltermann*, S. 74.

⁴⁶ Vgl. *Kingreen* (2009) S. 370.

⁴⁷ Vgl. *Kolmar* (2008), S. 49. Ebenso *Peintinger* (2008), S. 211.

Pfadabhängigkeiten vertragsärztlicher
Leistungserbringung

Eine Herausforderung für den gestaltenden Sozialstaat

Rosog, Th.

2014, XVII, 310 S. 15 Abb., Softcover

ISBN: 978-3-658-04020-8