



Anschrift für Briefsendungen:

Universität Augsburg, Universitätsstr. 2
86135 Augsburg

Hausanschrift: Universität Augsburg
Universitätsstr. 16, 86159 Augsburg

Telefon: (0821) 598-4179, **Fax:** -598-4229

e-Mail: horst.hanusch@wiwi.uni-augsburg.de

http://www.wiwi.uni-augsburg.de/vwl/hanusch/

Zusammenfassung der Diplomarbeit von Herrn Dipl.-Kfm. Tobias Weber zum Thema

Ökonomische Schnittstellenoptimierung zwischen ambulantem und stationärem Sektor im Deutschen Gesundheitssystem

angefertigt am Lehrstuhl für Lehrstuhl für Volkswirtschaft V - Public Sector Management,
Innovationsökonomik, Wirtschaft und Gesellschaft Japans, Prof. Dr. Horst Hanusch

Erstprüfer: Prof. Dr. Horst Hanusch

Zur Einreichung für den David-Kopf-Preis 2009

Problemstellung:

In vielen Branchen der deutschen, aber auch der internationalen, Wirtschaft vollzieht sich in den zurückliegenden Jahren ein Wandel der Unternehmensstrukturen. Es findet eine Auflösung der klassischen Unternehmensstrukturen hin zu Netzwerkorganisationen, Kooperationen und Zusammenschlüssen statt. Im deutschen Gesundheitssektor aber besteht noch immer eine starre Trennung zwischen den unterschiedlichen Anbietern von Gesundheitsdienstleistungen. Erst durch das Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung – kurz GKV-Modernisierungsgesetz (GMG) – aus dem Jahre 2003 ermöglicht es der Gesetzgeber, die sektoralen Grenzen in der medizinischen Versorgung zu überwinden und mehr Wettbewerb und Qualität in das deutsche Gesundheitssystem zu implementieren. Eine starke Veränderung der medizinischen Landschaft ergab sich durch eine neue, im Gesetz verankerte Versorgungsform – das Medizinische Versorgungszentrum. Erstmals wurde es möglich, sektorübergreifende und interdisziplinäre Kooperationen auf der Anbieterseite einzugehen. In den Jahren 2004 bis 2009 stieg deren Zahl in Deutschland von ca. 70 auf ca. 1300 mit insgesamt über 5800 dort tätigen Ärzten an.

Themenstellung:

Ziel der Diplomarbeit von Herrn Weber ist es, die neue Versorgungsform des Medizinischen Versorgungszentrums (MVZ) nach § 95 SGB V kritisch zu betrachten, und zu klären, inwieweit durch diese neue Organisationsform Anreize (auf Anbieter und Nachfragerseite) geschaffen werden konnten, um die Effizienz im Gesundheitssystem zu steigern. Als theoretischer Hintergrund der Betrachtung dient Herrn Weber dabei die Lehre der Neuen Institutionenökonomie mit den beiden relevanten Teilbereichen der Principal-Agent-Theorie und der Transaktionskostentheorie.

Struktur und Inhalt der Arbeit:

Das erste Kapitel geht zwecks Abklärung der Anreizproblematik auf die Theorien der Neuen Institutionenökonomie ein. Er hebt sich mit diesem Ansatz von anderen Untersuchungen ab, die sich mit neuen Gestaltungsmöglichkeiten und deren Effizienz im Gesundheitswesen auseinandersetzen. Im Unterschied dazu begnügt er sich nicht damit zu analysieren und gegebenenfalls festzustellen, ob das Aufbrechen von bisherigen flankierenden und regulierenden gesetzlichen Vorgaben Effizienzerhöhungen ermöglichen, er berücksichtigt darüber hinaus auch die Erkenntnis, dass ein Beschreiten neuer Wege für die Agierenden auch lukrativ sein muss und auch nicht vor zu großen verbleibenden restlichen Hürden stehen darf.

Um die Folgen der neuen Versorgungsform aufzuzeigen, charakterisiert zunächst Kapitel zwei die Strukturelemente und Rahmenbedingungen der stationären und ambulanten ärztlichen Versorgung in Deutschland. Anschließend werden die Koordinationsprobleme der 3 Hauptakteure auf dem Deutschen Gesundheitsmarkt (Kostenträger, Leistungserbringer, Patienten) wechselseitig analysiert.

Kapitel drei geht auf das schwedische Gesundheitssystem ein. In Schweden verfügt man nicht nur über längere und reichhaltigere Erfahrungen mit Medizinischen Gesundheitszentren, sondern dieses skandinavische System ist wegen seiner Ähnlichkeit auch gut vergleichbar. Durch diesen Ländervergleich lassen sich Probleme herausarbeiten und verdeutlichen, die in der deutschen Diskussion teilweise noch nicht bedacht werden.

Kapitel vier widmet sich dem Deutschen Medizinischen Versorgungszentrum und den rechtlichen Rahmenbedingungen der Leistungserbringung. Des Weiteren werden die Interessen aller Akteure bei Gründung und Betrieb dieser Versorgungsform sowie möglichen Handlungsoptionen und -strategien erörtert. Ein kleiner Exkurs in diesem Kapitel erläutert zwei mögliche Modelle für ein Medizinisches Versorgungszentrum in Deutschland.

Mit alternativen Ansätzen zur Lösung des Problems der starken sektoralen Trennung im deutschen Gesundheitswesen beschäftigt sich kritisch Kapitel 5. Zur Analyse gelangen - im Rahmen des Managed-Care-Ansatzes - die bekannten etablierten Alternativen Integrierte Versorgung, Disease-Management-Programme und das Hausarztmodell. Die relevanten Unterschiede und Nachteile im Vergleich zum Medizinischen Versorgungszentrum sind dabei herausgearbeitet.

Im sechsten und siebten Kapitel erfolgt einerseits eine kritische Würdigung des Medizinischen Versorgungszentrums aus den Perspektiven der verschiedenen Akteure des deutschen Gesundheitssystems (u.a. niedergelassene Ärzte, Kliniken, Patienten), und andererseits eine Effizienzbetrachtung aus gesamtsystemischer Sicht für die Gesetzliche Krankenversicherung, verbunden mit einem Ausblick auf noch bestehenden Handlungsbedarfe in der Zukunft.

Ergebnisse:

In der Untersuchung lassen sich in einem ersten Schritt mit Hilfe der Principal-Agent-Theorie sowohl Unproduktivitäten und Fehlspezialisierungen als auch Tauschprobleme im deutschen System identifizieren. Daran anschließend wird mit Hilfe der Transaktionskostentheorie und der Bestimmung von Produktions- und Transaktionskosten aufgezeigt, wie Einsparpotentiale für das gesamte System entstehen können.

Im zweiten Abschnitt wird als charakteristisches Merkmal der medizinischen Versorgung in Deutschland die momentan noch klare Abgrenzung der ambulanten gegenüber der stationären Versorgung, und die daraus resultierende teure doppelte Facharztschiene, herausgestellt. Mit der Einführung des Medizinischen Versorgungszentrums wurde nach Ansicht von Herrn Weber eine mögliche Grundlage geschaffen um diese Trennung zu überwinden und den daraus resultierenden Problemen besser zu begegnen.

Darüber hinaus ist das immer noch nach Sektoren getrennte Vergütungssystem ein maßgeblicher Grund für weiterhin fehlenden Koordinations- und Integrationsbestrebungen zwischen den verschiedenen Leistungserbringern.

Die Arbeit macht des Weiteren deutlich, dass Medizinische Versorgungszentren sehr unterschiedlich ausgestaltet sein können, je nachdem welche unterschiedlichen Ziele die Beteiligten verfolgen und sie zur Gründung und Beteiligung an einem Versorgungszentrum motivieren. Welche Vorzüge ein Medizinisches Versorgungszentrum für beteiligte Akteure haben kann, ist im sechsten Kapitel aufgezeigt.

Mit Hilfe des Systemvergleichs mit Schweden verdeutlicht die Untersuchung allerdings auch, dass die Versorgungsform des Medizinischen Versorgungszentrums nicht ohne Probleme ist, und zwar unabhängig von den institutionellen Rahmenbedingungen.

In seinen abschließenden Resümee fasst der Verfasser nicht nur die wichtigsten Erkenntnisse zusammen, er zeigt auch auf, dass - trotz verbleibender bestimmter Informationsmängel und Anreizprobleme - das Modell des Medizinischen Versorgungszentrums große neue unternehmerische Spielräume auf dem Gebiet der ambulanten Regelversorgung eröffnet. Die nach wie vor - und je nach Ausgestaltung eines Medizinischen Versorgungszentrums - (zu) komplexen Zulassungs- und Vergütungsrichtlinien hingegen verhindern zur Zeit noch einen umfangreichen Wandel bei der Erbringung vertragsärztlicher Leistungen.



(Prof. Dr. Horst Hanusch)