

Andreas Meusch

Moral Hazard in der gesetzlichen  
Krankenversicherung in  
politikwissenschaftlicher Perspektive



Nomos

# Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung	25
1.1 Problemstellung	25
1.2 Methodisches Vorgehen	29
2. Untersuchungsgegenstand	33
2.1 Definition Moral Hazard	34
2.2 Exkurs: Zu den Risiken der Erweiterungen von Definitionen	39
2.3 Objekt der Analyse: Das System der gesetzlichen Krankenversicherung	40
2.4 Kritik des ökonomischen Ansatzes von Moral Hazard	41
2.5 Ist Moral Hazard also ein ideologisches Konstrukt oder Realität?	42
2.6 Ziele des Systems „gesetzliche Krankenversicherung“	46
2.6.1 Zugang zu einer hochwertigen Gesundheitsversorgung	46
2.6.2 Sozialer Ausgleich	47
2.6.3 Exkurs: Inwieweit orientiert sich die vorliegende Arbeit an den Urteilen des Bundesverfassungsgerichts?	49
2.6.4 Wirtschaftlichkeit der Versorgung	50
2.6.5 Wettbewerb	52
2.6.6 Beschäftigungs- und Standortsicherung	53
2.6.7 Begrenzung der Lohnnebenkosten	55
3. Theoretische Grundlagen	57
3.1 Systemtheorie	57
3.2 Principal-Agent-Theorie	63
3.3 Governance-Forschung	67
3.4 Konstitutionelle Ökonomik	69
4. Reformen in der Gesundheitspolitik	71
4.1 Die Megatrends im deutschen Gesundheitswesen	71
4.2 Ein zusätzliches Paradigma: Kostendämpfung	78
4.3 Gesundheitsreformen seit 1977 im Überblick	94
5. Moral-Hazard-Anreize für Versicherte	111
5.1 Moral Hazard von Versicherten in der volkswirtschaftlichen Literatur	111
5.2 Lässt sich Moral Hazard über ökonomische Anreize relevant beeinflussen?	112
5.3 Maßnahmen gegen Moral Hazard von Versicherten im deutschen Gesundheitssystem	116
5.3.1 Leistungsausschluss	117

5.3.2	Patientenquittungen	122
5.3.3	Kostenerstattung statt Sachleistung	127
5.3.4	Eigenbeteiligungen der Versicherten	132
5.3.4.1	Praxisgebühr	132
5.3.4.2	Zuzahlungen	135
5.3.4.3	Selbstbehalte	147
5.3.4.4	Festzuschüsse	149
5.3.4.5	Zwischenfazit	150
5.3.5	Hausarztzentrierte Versorgung	151
5.4	Fazit	156
6.	Moral-Hazard-Anreize für Ärzte	159
6.1	Rollendefinition der Ärzte und Moral Hazard	159
6.1.1	Professionelle Dominanz	161
6.1.2	Der „Halbgott in Weiß“: Der paternalistische Ansatz nach Parsons	163
6.1.3	Exkurs: Mythos und Arztrolle	167
6.1.4	„Säkularisierung der Arztrolle“: ‚Informed consent‘ als Basis der Arzt-Patienten-Beziehung	170
6.1.5	Der Arzt als Dienstleister für den selbstbestimmten und informierten Patienten	172
6.1.6	Der Arzt als Maximierer seines Nutzens: Der Ansatz der klassischen volkswirtschaftlichen Theorie	173
6.1.7	Die Gleichzeitigkeit inkompatibler Rollenmuster	174
6.1.8	Auswirkungen der unterschiedlichen Rollenmuster auf Moral-Hazard-Verhalten	177
6.2	Anreize zu Moral-Hazard-Verhalten gegenüber dem Patienten	180
6.2.1	Informationsasymmetrien als Kern von Moral-Hazard-Anreizen	180
6.2.2	Auswirkungen unterschiedlicher Rollenmuster der Ärzte auf Patientenverhalten und Moral Hazard	184
6.2.3	Zwischenfazit	185
6.3	Fehlerkultur	186
6.3.1	Allgemeine Symptome für Defizite in der Fehlerkultur	186
6.3.2	Defizite in der Fehlerkultur bei der Arzneimittelversorgung	188
6.3.3	Defizite in der Fehlerkultur bei der Einhaltung von Hygienevorschriften	193
6.3.4	Disease Mongering	198
6.3.5	Maßnahmen zur Verbesserung der Fehlerkultur	201
6.4	Maßnahmen zur Verminderung von Anreizen zu Moral-Hazard-Verhalten von Ärzten gegenüber Patienten	206
6.4.1	Information und Transparenz	206
6.4.1.1	Informationsasymmetrie als Kommunikationsproblem zwischen Arzt und Patient	207
6.4.1.2	Maßnahmen zur Verbesserung der Kommunikation zwischen Arzt und Patient	209

6.4.1.3	Public Reporting	212
6.5	Anreize zu Moral-Hazard-Verhalten gegenüber Krankenkassen	214
6.5.1	Angebotsinduzierte Nachfrage als Moral-Hazard-Problem	215
6.5.1.1	Das Vergütungssystem	217
6.5.1.2	Budgetierungen	225
6.5.2	Abrechnungs- und Prüfverfahren	233
6.5.2.1	Abrechnungsprüfung	234
6.5.2.2	Wirtschaftlichkeitsprüfungen	236
6.5.3	Medizinischer Dienst der Krankenversicherung (MDK)	241
6.5.3.1	Aufgaben des Medizinischen Dienstes	241
6.5.3.2	Die Praxis der Arbeit der MDKen	243
6.6	Moral Hazard in der akutstationären Versorgung	244
6.6.1	Effizienzreserven im Krankenhaus	245
6.6.2	Das Vergütungssystem im Krankenhaus	247
6.6.2.1	Landesbasisfallwert	248
6.6.2.2	Auswirkungen des DRG-Systems	251
6.6.3	Besonderheiten der Aufgabenwahrnehmung der MDKen bei der stationären Versorgung	256
6.6.4	„Fangprämien“	258
6.6.5	Zwischenfazit	262
6.7	Fazit	262
7.	Moral-Hazard-Anreize für Krankenkassen	269
7.1	Krankenkassen als mittelbare Staatsverwaltung	271
7.2	Risikoselektion	276
7.2.1	Risikoselektion innerhalb einer Solidargemeinschaft?	277
7.2.2	Risikoselektion als Systemfrage	280
7.3	Ex-ante Moral Hazard	282
7.4	Ex-post Moral Hazard	286
7.5	Risikostrukturausgleich (RSA)	289
7.5.1	Entwicklung und Funktionsweise des RSA	291
7.5.2	Anreizwirkungen der RSA-Regelungen	304
7.5.2.1	Disease-Management-Programme	304
7.5.2.2	Morbi-RSA	312
7.5.2.3	Exkurs: Umverteilung zwischen Bundesländern durch den RSA und zweigeteilte Aufsichten über Krankenkassen	318
7.5.2.4	Zwischenfazit	322
7.5.3	Fazit	324
8.	Steuerung der Arzneimittelversorgung	327
8.1	Relevante Faktoren, die die Kostendynamik im deutschen Arzneimittelmarkt beeinflussen	327
8.1.1	Kosten, Mengen, Preise	329

8.1.2	Bedeutung der „Strukturkomponente“	332
8.2	Normative Steuerung der Arzneimittelversorgung in der GKV	336
8.3	„Marktliche“ Steuerung der Arzneimittelversorgung	339
8.3.1	Eintritt in den Markt der gesetzlichen Krankenversicherung	340
8.3.1.1	Marktzugang ohne staatliche Preisregulierung	344
8.3.1.2	Optionen zur Regelung des GKV-Marktzugangs	351
8.3.2	Vertriebskanäle für Medikamente	366
8.3.2.1	Bedeutung der niedergelassenen Ärzte bei der Durchsetzung von Preisen von Arzneimitteln	367
8.3.2.2	Medikamentenversorgung durch Krankenhäuser	370
8.3.2.3	Apotheken	373
8.3.2.4	Patienten	374
8.3.3	Fachinformationen zu Arzneimitteln	386
8.3.3.1	Publication bias	386
8.3.3.2	Anwendungsbeobachtungen	393
8.4	Fazit	396
9.	Struktureller Moral Hazard	401
9.1	Moral Hazard als Problem komplexer adaptiver Systeme	402
9.2	Rentseeking als Komplexitätsproblem	406
9.3	Verschiebebahnhöfe / versicherungsfremde Leistungen	408
9.4	Träger des Morbiditätsrisikos	413
9.4.1	Tragen des Morbiditätsrisikos durch die Ärzte	414
9.4.1.1	Funktionsweise der mit befreiender Wirkung gezahlten Kopfpauschale	414
9.4.1.2	Steuerungswirkungen	417
9.4.2	Zwischenfazit	419
9.4.3	Tragen des Morbiditätsrisikos durch die Krankenkassen	421
9.4.3.1	Die Änderungen durch das GKV-WSG: Euro-Gebührenordnung und Regelleistungsvolumina	421
9.4.3.2	Steuerungswirkungen	422
9.4.4	Zwischenfazit	423
9.5	Transparenz im Gesundheitssystem	424
9.5.1	Intransparenz als Systemproblem	424
9.5.2	Die Arbeit der Bundesgeschäftsstelle für Qualitätssicherung	427
9.6	Sektorisierung der Versorgung	428
9.7	Fazit	434
10.	Schlussbetrachtungen	435
11.	Literaturverzeichnis	443
12.	Der Autor	507