



Verbundprojekt „Entwicklung von Geschäftsmodellen zur Unterstützung eines selbst bestimmten Lebens in einer alternden Gesellschaft“

„Erlös- und Vergütungsmodelle im Gesundheitswesen“

Martin Gersch/Ralf Lindert/Susanne Schröder

Berlin, Januar 2010

Gefördert durch das BMBF im Rahmen des Förderschwerpunktes „Technologie und Dienstleistungen im demografischen Wandel“

Projektträger DLR/Innovative Arbeitsgestaltung und Dienstleistungen



Inhaltsverzeichnis

1. „Gesundheitsmärkte“ als Arenen ökonomischer Aktivität.....	1
1.1. Gesundheitsstandort.....	1
1.2. Gesundheitsmarkt	1
1.3. Systematisierung und Zusammenfassung	2
2. Identifizierbare Erlös- und Vergütungsstrukturen im Gesundheitswesen ...	3
2.1. Der Erste Gesundheitsmarkt	3
2.1.1. Möglichkeiten der Erlösgenerierung in den traditionellen Sektoren ...	3
2.1.1.1. Ambulante medizinische Versorgung.....	3
2.1.1.2. Stationäre medizinische Versorgung.....	4
2.1.1.3. Pflege.....	5
2.1.2. Probleme und Strukturbedingte Investitionshemmnisse	7
2.1.3. Besondere Versorgungsformen als Innovationsoptionen	8
2.2. Der Zweite Gesundheitsmarkt.....	10
2.2.1. Unterscheidung möglicher Erlösstrukturen	10
2.2.1.1. Direkte vs. indirekte Erlöse	10
2.2.1.2. Fixe vs. variable Erlöse.....	11
2.2.2. Zusammenfassende Systematisierung möglicher Erlösmodelle	11
2.3. Mischformen an der Schnittstelle zwischen 1. und 2. Gesundheitsmarkt...	12
2.3.1. Zuzahlungsmodelle und Selbstbeteiligungen	12
2.3.2. Premiummodelle	13
2.3.3. Ansparmodelle	13
2.3.4. Umlagemodelle	13
3. Fazit und Ausblick.....	14
Literatur.....	15

1. „Gesundheitsmärkte“ als Arenen ökonomischer Aktivität

Der vorliegende Beitrag beleuchtet das Gesundheitswesen aus einer ökonomischen Perspektive. In der einschlägigen Literatur lassen sich anerkannte Schemata zur Systematisierung des Gesundheitswesens identifizieren. Nachfolgend soll daher zunächst eine Einnordnung des deutschen Gesundheitswesens anhand dieser Schemata erfolgen, um dem Leser ein Verständnis für die in diesem Bericht verwendeten Begrifflichkeiten zu bieten.

1.1. Gesundheitsstandort

Steht der Ort der Leistungserbringung im Vordergrund, so wird eine Differenzierung nach Erstem, Zweitem und Dritten Gesundheitsstandort vorgenommen (RVR 2009). Gemäß dem Grundsatz eines „ambulant vor stationär“, welcher für die Gesetzliche Sozialversicherung im Bereich der Gesetzlichen Krankenversicherung in § 39 SGB V geregelt ist, sowie entsprechend für die Soziale Pflegeversicherung in § 3 SGB XI (vgl. auch § 12 SGB XII im Bereich der Sozialhilfe), wird die Leistungserbringung im ambulanten Sektor als Erster Gesundheitsstandort definiert. Dementsprechend erfolgt die stationäre Leistungserbringung am so genannten Zweiten Gesundheitsstandort. Aktuelle Entwicklungen, u. a. bedingt durch ein großes Interesse der Betroffenen (Kremer-Preiß und Stolarz 2003; Bayer und Harper 2000) in Kombination mit vermuteten Einsparpotenzialen auf Seiten der Kostenträger, treiben die Fokussierung des häuslichen Umfeldes als den Dritten Gesundheitsstandort voran (BKK 2008, 2009a und 2009b).

1.2. Gesundheitsmarkt

Bei einer Unterscheidung nach der Finanzierung der angebotenen Sach- und Dienstleistungen werden häufig die Bezeichnungen Erster und Zweiter Gesundheitsmarkt verwendet (Goldschmidt und Hilbert 2009; Henke 2009; Kartte und Neumann 2008). Unter dem Begriff des Ersten Gesundheitsmarktes ist insofern der Kernbereich des deutschen Gesundheitswesens mitsamt seinen Institutionen und Leistungserbringern zu verstehen (Henke 2009). Dieser ist gekennzeichnet durch medizinische Behandlungen sämtlicher Indikationen nach ICD-10¹ und wird in überwiegender Art und Weise getragen durch die Gesetzliche (GKV) und Private Krankenversicherung (PKV) in Deutschland in Form erstattungsfähiger Leistungen (so genannte „Regelversorgung“). Daneben hat sich vermehrt ein Zweiter Gesundheitsmarkt für gesundheitsbezogene Angebote entwickelt. Hier

¹ ICD-10: Internationale Klassifikation der Krankheiten (10. Revision).

stehen vornehmlich privat finanzierte Produkte und Dienstleistungen rund um das Thema Gesundheit (Wellness-Reisen, Fitness-Angebote etc.) im Vordergrund (Henke 2009).

1.3. Systematisierung und Zusammenfassung

Die vorstehenden Ausführungen lassen sich mittels der nachfolgend dargestellten Matrix systematisieren, die eine konkrete Verortung identifizierbarer Geschäftssysteme anhand der beiden Termini Gesundheitsmarkt und Gesundheitsstandort in den sich ergebenden 6 Feldern ermöglicht.

Gesundheitsmärkte	2. Gesundheitsmarkt - gesundheitsbezogene Angebote - Privat finanzierte Produkte und Dienstleistungen rund um Gesundheit	IV	V	VI
	1. Gesundheitsmarkt - klassische Gesundheitsversorgung - größtenteils getragen durch GKV / PKV	I	II	III
		2. Gesundheitsstandort Stationäre Versorgung	1. Gesundheitsstandort Ambulante Versorgung	3. Gesundheitsstandort Häusliche Versorgung
Gesundheitsstandorte				

Abb. 1: Systematisierung und begriffliche Abgrenzung von Gesundheitsmärkten und -standorten
Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an: Goldschmidt und Hilbert (2009), Eichener (2008) sowie Kartte und Neumann (2008).

2. Identifizierbare Erlös- und Vergütungsstrukturen im Gesundheitswesen

Im deutschen Gesundheitswesen kann eine Vielzahl unterschiedlicher Erlös- und Vergütungsstrukturen identifiziert werden. Dabei ist die Art der jeweils vorherrschenden Strukturen in erheblichem Maße davon abhängig, welchen Teilbereich des Gesundheitswesens man betrachtet. Insofern erfolgt nachstehend die Bestandsaufnahme vorherrschender Möglichkeiten anhand einer Differenzierung mittels der vorgenannten Einteilung in Gesundheitsmärkte und -standorte.

2.1. Der Erste Gesundheitsmarkt

Zunächst sollen die Möglichkeiten zur Generierung von Erlösen in den traditionellen, weitgehend staatlich reglementierten Sektoren des Gesundheitswesens untersucht werden. Hieran schließt sich eine Darstellung existierender Probleme sowie insbesondere strukturbedingter Investitionshemmnisse an, wie sie derzeit im deutschen Gesundheitssystem vorzufinden sind. Die Betrachtung innovativer Versorgungsformen und der hierin bestehenden Vergütungsmöglichkeiten rundet den ersten Abschnitt dieses Kapitels ab.

2.1.1. Möglichkeiten der Erlösgenerierung in den traditionellen Sektoren

Die Generierung von Erlösen seitens der beteiligten Leistungserbringer ist in den traditionellen Sektoren im überwiegenden Maße durch entsprechende Vorgaben in der einschlägigen Gesetzgebung (Sozialgesetzbücher) sowie durch spezielle Gebührenordnungen (z.B. Gebührenordnung der Ärzte) und dergleichen geregelt und ist daher differenziert nach ambulantem sowie stationärem medizinischen Versorgungssektor zu untersuchen. Für den Pflegesektor existieren wiederum gesonderte gesetzliche Möglichkeiten und Vorgaben, die in einem dritten Unterabschnitt dieses Kapitels separat vorgestellt werden.

2.1.1.1. Ambulante medizinische Versorgung

Entsprechend der oben vorgenommenen Systematisierung findet die ambulante Versorgung auf dem Ersten Gesundheitsmarkt statt und wird schwerpunktmäßig durch niedergelassene Haus- und Fachärzte (sowie Zahnärzte und weitere, zumeist spezialisierte Leistungserbringer) erbracht.

Die Honorierung der ambulanten (kassenärztlichen) Versorgung erfolgt im Wesentlichen auf Basis des zwischen den Krankenkassen und den Kassenärztlichen Vereinigungen ausgehandelten Honorartarifs „Einheitlicher Bewertungsmaßstab“ (EBM). Die Honorar-

sätze werden dabei nicht in Geldeinheiten, sondern in Punktwerten ausgedrückt, wobei die maximale Fallzahlpunktzahl pro Patient beschränkt ist und mit der Anzahl der Patienten sinkt. Der konkrete Geldwert eines Punktes ergibt sich erst nachträglich, wenn die Gesamtvergütung durch die Anzahl der erbrachten Punkte (Leistungen) dividiert wird (Breyer et al. 2005).

Für die Abrechnung erbrachter medizinischer Leistungen für privat Versicherte gilt hingegen die „Gebührenordnung der Ärzte“ (GOÄ), bei der ein fester Geldbetrag mit einem Vervielfachungsfaktor multipliziert wird (vgl. Breyer et al. 2005).

2.1.1.2. Stationäre medizinische Versorgung

Die stationäre Versorgung erfolgt am Zweiten Gesundheitsstandort und wird hauptsächlich durch Krankenhäuser bzw. stationär tätige Ärzte vorgenommen.

Im Mittelpunkt der Vergütung stationärer Krankenhausleistungen stehen diagnoseorientierte Fallpauschalen, die so genannten Diagnosis Related Groups (DRGs).

DRGs wurden erstmalig 1984 von Medicare, der staatlichen Krankenversicherung für Rentner in den USA, für die Vergütung von Krankenhausleistungen eingesetzt. Zum 1. Januar 2004 wurde auch in Deutschland eine flächendeckende DRG-basierte Vergütung von stationären Leistungen eingeführt; ausgenommen sind hiervon nach wie vor psychiatrische Einrichtungen, für die weiterhin tagesgleiche Pflegesätze gelten (vgl. Breyer et al. 2005).

Im Rahmen des DRG-Systems erfolgt zunächst eine Zuordnung des Patienten zu einer Hauptdiagnosegruppe (Major Diagnostic Category, MDC), die sich i.d.R. an den betroffenen Körperregionen orientiert. Innerhalb der Hauptdiagnosegruppen wird eine Klassifizierung nach dem Kriterium der Kostenhomogenität vorgenommen, wobei neben der Diagnose auch Komplikationen sowie erbrachte Prozeduren berücksichtigt werden; ferner auch bestimmte individuelle Kriterien des Patienten wie Alter und Geschlecht. Das deutsche DRG-System stellt insofern kein reines (diagnosebezogenes) Fallpauschalensystem, sondern enthält auch Elemente der Einzelleistungsvergütung.

Während die DRGs die laufenden Betriebskosten decken (sollen), tragen die Länder die Verantwortung für die Finanzierung der Investitionskosten der Krankenhäuser. Man spricht daher von einer „dualen Finanzierung“. Voraussetzung für die „Erschließung“ der zweiten Finanzierungsquelle (öffentliche Förderung der Investitionskosten durch die Länder) der Krankenhäuser stellt die Aufnahme in den Krankenhausplan dar (§ 8 Abs. 1 KHG).

2.1.1.3. Pflege

Im Zentrum der Finanzierung und Vergütung von Pflegeleistungen steht seit Einführung der Pflegeversicherung zum 1. Januar 1995 die Soziale Pflegeversicherung (SPV)² und die ihr zugrunde liegenden gesetzlichen Regelungen des SGB XI. Analog zur medizinischen Versorgung ist hierbei zwischen ambulanter und stationärer Pflege zu differenzieren.

Die ambulante Versorgung Pflegebedürftiger wird von ambulanten Pflegeeinrichtungen – Sozialstationen (in überwiegend frei-gemeinnütziger Trägerschaft) und Pflegediensten – erbracht. Für die Vergütung ambulanter Pflegeleistungen existiert dabei kein einheitliches Vergütungssystem, sondern je nach Kostenträger unterschiedlich. Die wichtigsten Kostenträger der ambulanter Pflegeleistungen stellen die Soziale Pflegeversicherung (2004: 37,4% der Kosten), die Krankenkassen (26,3%) sowie die privaten (27,1%) und öffentlichen Haushalte (5,7%) dar (vgl. Simon 2008). Die Zuständigkeit der Kostenträger im Rahmen der Leistungsvergütung ambulanter Pflegeleistungen ergibt sich im Wesentlichen aus den gesetzlichen Regelungen des SGB V und SGB XI sowie SGB XII. Einen Überblick über die wichtigsten Kostenträger und ihre jeweilige Zuständigkeit gibt die nachfolgende Tabelle.

Kostenträger	Zuständigkeit im Rahmen der Leistungsvergütung
Soziale Pflegeversicherung	Vergütung von Pflegesachleistungen der Langzeitpflege bei Pflegebedürftigen i.S.v. § 14 SGB XI
Krankenkassen	Vergütung der häuslichen Krankenpflege und der hauswirtschaftlichen Leistungen nach §§ 37 und 38 SGB V
Öffentliche Haushalte	Finanzierung ambulanter Pflegeleistungen im Rahmen der Sozialhilfe (Kommunen) sowie der Investitionsförderung für den Ausbau und Erhalt einer ausreichenden Pflegeinfrastruktur (Länder)
Private Haushalte	Finanzierung der pflegerischen und hauswirtschaftlichen Leistungen über den Leistungsrahmen der Pflegeversicherung, Krankenversicherung oder Sozialhilfe hinaus

Tabelle 1: Die (zentralen) Kostenträger der ambulanten Pflege.
Quelle: Eigene Darstellung nach Simon, M. (2008).

Die stationäre Pflege erfolgt in stationären Pflegeeinrichtungen (z.B. Pflegeheimen), in denen die Pflegebedürftigen untergebracht, ver- und gepflegt werden. Nach Art und Umfang der Versorgung unterscheidet man dabei zwischen vollstationärer (ganztägig, Pflege

² Die Soziale Pflegeversicherung (SPV) für Versicherte der gesetzlichen Krankenkassen und die für privat Versicherte obligatorisch vorgegebene private Pflegepflichtversicherung (PPV) bilden zusammen die gesetzliche Pflegeversicherung (vgl. Simon 2008).

rund um die Uhr), teilstationärer (nur tagsüber oder nur nachts) und Kurzzeitpflege (vorübergehende vollstationäre Pflege bis max. 4 Wochen pro Kalenderjahr). Das Leistungsspektrum stationärer Pflegeeinrichtungen umfasst die Grund- und Behandlungspflege, soziale Betreuung sowie die hauswirtschaftliche Versorgung.

Die Kosten der stationären Pflege werden hauptsächlich von folgenden Kostenträgern erbracht: Soziale Pflegeversicherung (2004: 50% der Kosten), private (29%) und öffentliche Haushalte (16%). Auf die übrigen Kostenträger (Private Pflegeversicherung, Arbeitgeber und Gesetzliche Krankenversicherung) entfielen im Jahr 2004 lediglich 4,5% der Gesamtkosten (vgl. Simon 2008). Die Zuordnung der Zuständigkeit der Kostenträger im Rahmen der Vergütung basiert v.a. auf den gesetzlichen Regelungen des SGB XI und SGB XII. Einen entsprechenden Überblick gibt die nachfolgende Tabelle.

Kostenträger	Zuständigkeit im Rahmen der Leistungsvergütung
Soziale Pflegeversicherung	Vergütung der allg. pflegerischen Leistungen (Grund- und Behandlungspflege) und der sozialen Betreuung in Höhe der entsprechenden/bewilligten Pflegestufe
Öffentliche Haushalte (Sozialhilfeträger)	Kosten der Pflege, Unterkunft und Verpflegung sowie Beteiligung an den Investitionskosten (sofern Pflegebedürftige diese nicht selbst aufbringen können)
Private Haushalte (Pflegebedürftige & Angehörige)	Kosten für Unterkunft und Verpflegung; u.U. Beteiligung an den Investitionskosten

Tabelle 2: Die (zentralen) Kostenträger der stationären Pflege.
Quelle: Eigene Darstellung nach Simon, M. (2008).

Wichtigste Voraussetzung für die Vergütung sowohl ambulanter als auch stationärer Pflegesachleistungen durch die Pflegeversicherung ist zum einen die Feststellung der Pflegebedürftigkeit i.S.d. § 14 SGB XI des Versicherten durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) sowie die Bewilligung des Leistungsantrags durch die Pflegekasse. In Abhängigkeit vom Grad der Pflegebedürftigkeit bestimmt sich dann das Gesamtvolumen der für einen Pflegebedürftigen zur Verfügung stehenden Vergütung entsprechend der bewilligten Pflegestufe.³ Voraussetzung für den Vergütungsanspruch von Pflegeeinrichtungen für die Vergütung ihrer Leistungen ist darüber hinaus ein Versorgungsvertrag mit den Pflegekassen, in dem Art, Inhalt und Umfang der Pflegeleistungen festgelegt sind. Der Versorgungsvertrag ist zudem Voraussetzung für die öffentliche Investitionsförderung nach § 9 SGB XI, durch die die Finanzierung der Investitionskosten der ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen erfolgt.

³ In Abhängigkeit vom Grad der Pflegebedürftigkeit wird zwischen den Pflegestufen I (erheblich Pflegebedürftige), II (Schwerpflegebedürftige) und III (Schwerstpflegebedürftige) unterschieden. Maßgeblich für die Zuordnung der Pflegestufe ist der Zeitbedarf für Hilfeleistungen im Bereich der Grundpflege (d.h. Körperpflege, Ernährung und Mobilität) (vgl. Simon 2008).

2.1.2. Probleme und Strukturbedingte Investitionshemmnisse

Die traditionell gewachsenen und etablierten Versorgungs- und Vergütungsstrukturen bringen eine Reihe verschiedener – v.a. strukturbedingte – Probleme und Investitionshemmnisse mit sich mit.

Zum einen bestehen im Zusammenhang mit der dualen Finanzierung der Krankenhäuser (Finanzierung der laufenden Betriebskosten im Rahmen der DRG-Vergütung durch die Krankenkassen; Finanzierung der Investitionskosten durch die Länder) und der damit verbundenen Trennung von Investitionen und laufendem Betrieb, neben dem oft beklagten Investitionsstau der Länder, mangelnde Anreize zur Übernahme des unternehmerischen Risikos im Bereich der stationären medizinischen Versorgung. Investitionen mit effizienz- und/oder effektivitätssteigernder Wirkung führen dazu, dass Kosten- und Nutzenaspekte bei unterschiedlichen Akteuren wirksam werden.

Darüber hinaus führt vor allem die sektorale Gliederung der Versorgung zu z.T. erheblichen Effizienzverlusten und mitunter Versorgungsdefiziten, insbesondere an den Schnittstellen der einzelnen Versorgungsbereiche. Die sektorale Gliederung verhindert zum einen (fairen) Wettbewerb zwischen dem ambulanten und stationären Bereich durch unterschiedliche Rahmenbedingungen im Hinblick auf die Aufnahme bzw. Erstattung von Gesundheitstechnologien (Medizinprodukte).⁴ Zum anderen führt die sektorale Gliederung und die damit verbundene sektorale Ausrichtung der Finanzierungsstrukturen zu Verzerrungen der ökonomischen Anreizstrukturen der beteiligten Akteure. Damit einher geht die Gefahr einer teilsystem- bzw. an partikulären Einzelinteressen orientierten statt einer patientenorientierten Versorgung (Fricke 2008).

Als problematisch erweist sich die sektorale Gliederung insbesondere auch vor dem Hintergrund der zunehmenden Bedeutung chronischer Erkrankungen, den anstehenden demografischen Herausforderungen sowie technologiegetriebenen Veränderungen, die ein anderes Ausmaß an Koordination und Kommunikation benötigen, aber auch ermöglichen. Die sektorale Fokussierung erweist sich auch bei der Einführung von Innovationen, wie z.B. dem Telemonitoring, das i.d.R. durch sektorübergreifende Realisierung seine Verbesserungspotenziale zeigt, als hinderlich (Schröder und Gersch 2009).

Aus diesem Grund wurden vom Gesetzgeber seit Ende der 1990er Jahre eine Vielzahl neuer, sektorübergreifender Versorgungskonzepte auf den Weg gebracht und in mehreren

⁴ Während für die Einführung und Erstattung neuer Medizinprodukte im ambulanten Bereich das „Verbot mit Erlaubnisvorbehalt“ gilt (§ 135 SGB V) und für ein Medizinprodukt von der GKV nur dann erstattet werden kann, wenn hierfür ein entsprechender Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) vorliegt, gilt im stationären Bereich hingegen die so genannte „Erlaubnis mit Verbotsvorbehalt“ (§ 137c SGB V). Im Gegensatz zum ambulanten Bereich, ist danach eine Erstattung solange möglich, bis sich der G-BA gegen die Zulässigkeit ausspricht.

Reformen vorangetrieben. Einen Überblick über die Vergütungsmöglichkeiten dieser Versorgungsformen gibt der nachfolgende Abschnitt.

2.1.3. Besondere Versorgungsformen als Innovationsoptionen

Zu den besonderen Versorgungsformen, die in den letzten Jahren vom Gesetzgeber initiiert wurden, zählen – in Anlehnung an die begriffliche Abgrenzung des Sachverständigenrates (2009) – die folgenden Versorgungsformen gemäß § 53 Abs. 3 SGB V: Modellvorhaben (§§ 63- 65), die Hausarztzentrierte Versorgung (§ 73 b), die besondere ambulante Versorgung (§ 73c), strukturierte Behandlungsprogramme (§ 137 f-g) sowie die integrierte Versorgungsformen (§ 140 a-d).

Die damit verbundenen Strukturveränderungen zielen im Wesentlichen darauf ab, den Effizienz- und Qualitätsverlusten zu begegnen, die aufgrund unzureichender Abstimmung und Koordination v.a. an den Schnittstellen zwischen ambulanter und stationärer Versorgung, der Akutbehandlung und der Rehabilitation sowie der Pflege bestehen.

Spätestens mit dem Auslaufen der Anschubfinanzierung für die Integrierte Versorgung Ende des Jahres 2008, gewinnen die Finanzierungs- und Vergütungsfragen dieser neuen Versorgungsformen eine besondere Bedeutung. Im Vordergrund steht dabei bei allen Formen die Realisierung von Einsparpotenzialen ohne die Qualität der Leistungserbringung zu verringern (vgl. Braun et al. 2009).

Während die Vergütung in der Regel- bzw. „herkömmlichen“ Versorgung über „administrative Preise“ auf der Makroebene ausgehandelt wird (DRGs für die Krankenhausvergütung oder bundeseinheitliche Punktwerte für die ambulante vertragsärztliche Versorgung), basiert die Vergütung neuer bzw. besonderer Versorgungsformen überwiegend auf einzelvertraglicher Ebene (Mikroebene) auf zwischen Kostenträgern und Leistungserbringern bzw. einem Netzwerk ausgehandelten Vergütungsstrukturen (so genannte Selektivverträge. Vgl. Braun et al. 2009).

Im Rahmen der Vergütung neuer Versorgungskonzepte sind dabei eine Reihe verschiedener Vergütungsformen denkbar, von denen im unterschiedlichem Ausmaß ökonomische Anreize für eine wirtschaftlichen Leistungserbringung ausgehen (Braun et al. 2009). Nach dem vordergründig bestehenden Leistungs- oder Ergebnisbezug, dem Zahlungszeitpunkt (prospektiv vs. retrospektiv), dem Pauschalierungsgrad bzw. Leistungsumfang sowie der Leistungstiefe (Vergütung von Netzwerken oder einzelnen Leistungserbringern) können unterschiedliche Vergütungsformen für neue Versorgungsformen klassifi-

ziert werden. Einen entsprechenden Überblick gibt die nachfolgende Tabelle 3 (vgl. Mühlbacher 2006).

Vergütungsform	Leistungs-/ Ergebnisbe- zug	Zeitbezug	Pauschalierungsgrad	Bedeutung für einzel- ne Leistungserbringer & Gesundheitsnetz- werke (Leistungstiefe)
Einzelleistungsvergü- tung (<i>Fee for Service</i>): Vergütung jeder einzelnen erbrachten Leistung	Leistungsbezug	retrospektiv	Nicht vorhanden (Ein- zelleistung)	Leistungserbringer, am Rande bedeutungsvoll für Gesundheitsnetz- werke
Fallpauschale (<i>Case rate</i>): Pauschale Vergütung pro (definierten) Behand- lungsfall	Leistungsbezug	prospektiv	Gegeben, als organisa- tionsinterner Fall	Leistungserbringer, am Rande bedeutungsvoll für Gesundheitsnetz- werke
Komplexfallpauschale (<i>Global fee</i>): Vergütung der für einen Patienten erbrachten Leistung über mind. zwei Sektoren	Leistungsbezug	prospektiv	Gegeben, als organisa- tionsinterner bzw. sek- torenübergreifender Fall	Gesundheitsnetzwerke
Kopfpauschale (<i>Capitation</i>): Vergütung pro einge- schriebenen Versicherten; denkbar ist eine morbid- itätsorientierte Ausgestal- tung (<i>Morbidity adjusted capitation</i>) zur Vorbeu- gung einer Risikoselektion von Seiten der Leistungs- erbringer	Ergebnisbezug	prospektiv	Gegeben, bis hin zur Vollversorgung	Gesundheitsnetzwerk
Erfolgsorientierte Vergü- tung (<i>Pay for Performance</i>): Vergütung in Abhängig- keit vom Erfolg	Ergebnisbezug/ Leistungsbezug	retrospektiv	Unterschiedlich mög- lich, bis hin zu hoch aggregierten Erfolgs- maßen	Leistungserbringer/ Gesundheitsnetzwerk
Gewinnausschüttung (<i>Profit-Sharing</i>)	Ergebnisbezug	retrospektiv	Gegeben (Gewinn ist eine hoch komplexe Residualgröße des wirtschaftlichen Han- delns)	Leistungserbringer/ Gesundheitsnetzwerk

Tabelle 3: Ausgewählte Vergütungsformen für besondere Versorgungskonzepte.
Quelle: In Anlehnung an Braun et al. 2009, Mühlbacher 2006 sowie Amelung (2007).

Wenngleich die Vergütung besonderer Versorgungskonzepte nach wie vor überwiegend im Rahmen der Gesamtvergütung erfolgt, zeichnet sich bereits heute eine zunehmende Bedeutung ergebnis- bzw. erfolgsorientierter Vergütungsformen ab (vgl. Braun et al. 2009 sowie SVR 2009).

2.2. Der Zweite Gesundheitsmarkt

Im Gegensatz zu den Spezifika des Ersten Gesundheitsmarktes mit seiner überwiegend durch gesetzliche Vorgaben reglementierten Struktur, stehen im sog. Zweiten Gesundheitsmarkt vornehmlich privat finanzierte Produkte und Dienstleistungen rund um das Thema Gesundheit (Wellness-Reisen, Fitness-Angebote etc.) im Vordergrund (Henke 2009; Goldschmidt und Hilbert 2009). Von hoher Relevanz für die Leistungsanbieter ist in diesem Zusammenhang, welche Erlösmodelle zur strategischen Planung ihrer Angebote herangezogen werden können. Trotz der enormen Bedeutung dieser Thematik, können in der einschlägigen Literatur bislang nur sehr bedingt Ansätze zur Systematisierung etwaiger Erlösmodelle im Gesundheitssektor identifiziert werden. Nachfolgend werden daher zunächst im Abschnitt 2.2.1 mögliche Erlösstrukturen im Bereich des freien, marktlich organisierten Gesundheitswesens voneinander abgegrenzt. In Abschnitt 2.2.2 dieses Kapitels findet sich abschließend eine zusammenfassende Systematik, welche eine grundlegende Orientierung hinsichtlich möglicher Erlösstrukturen bietet sowie die vorstehenden Ausführungen anhand kurzer Beispiele illustriert.

2.2.1. Unterscheidung möglicher Erlösstrukturen

Unterzieht man die verschiedenen identifizierbaren Erlösstrukturen im Bereich des Zweiten Gesundheitsmarktes einer eingehenden Analyse, so lassen sich diese zunächst grob anhand von zwei wesentlichen Charakteristika differenzieren. Zum Einen ist die Unterscheidung nach der Quelle des Erlösstroms möglich, was zu einer Unterscheidung in direkte und indirekte Erlöse führt. Dieser Aspekt wird nachfolgend in Abschnitt 2.2.1.1 thematisiert.

Daneben bietet sich eine Unterteilung in variable sowie in fixe Erlöse an (Zerdick et al. 2001). Hierauf wird sodann in Abschnitt 2.2.1.2 näher eingegangen.

2.2.1.1. Direkte vs. indirekte Erlöse

Basierend auf der Quelle des betrachteten Erlösstroms ist eine Zuordnung in direkte und indirekte Erlöse möglich. Sofern der Empfänger einer Leistung identisch ist mit demjenigen, der für hierfür eine Zahlung leistet, so spricht man von direkten Erlösen. Exemplarisch lassen sich an dieser Stelle Wellnessangebote nennen, für deren Erbringung der Anbieter im Regelfall direkt vom Kunden, welcher die Leistung in Anspruch nimmt, entgolten wird (Karte und Neumann 2008).

Wird eine erbrachte Leistung jedoch nicht direkt mit dem Empfänger derselben abgerechnet, handelt es sich entsprechend um indirekte Erlöse (Zerdick et al. 2001). In diesen

Fällen hat häufig der zahlende Dritte ein berechtigtes Interesse, dass eine bestimmte Leistung erbracht wird. Als gängiges Beispiel können Vermittlungsprovisionen seitens der Leistungserbringer an die Betreiber von Serviceagenturen im Bereich haushaltsnaher Dienstleistungen angeführt werden. Darüber hinaus zählt aber auch die Verwertung nicht-monetärer Gegenleistungen (z.B. durch Bereitstellung von Adressdaten, Nutzungsprofilen, User-generated Content etc.) zu den indirekten Erlösen (Picot 2009).

2.2.1.2. Fixe vs. variable Erlöse

Neben der Unterscheidung in direkte und indirekte Erlöse ist eine zusätzliche Differenzierung in fixe und variable Erlöse möglich. Fixe Erlöse sind nutzungsunabhängig, d.h. nicht mit dem Ausmaß der Inanspruchnahme einer Leistung verknüpft. Typisch sind in diesen Fällen z.B. Flatrates, (Bereitstellungs-)Pauschalen, Grundgebühren.

Erfolgt die Entgeltung nach dem Umfang der erbrachten Leistung, je Einheit (Zeit, Menge,...) bzw. nach der Anzahl vorgenommener Transaktionen, so spricht man von nutzungsabhängigen bzw. variablen Erlösen. Im Bereich des zweiten Gesundheitsmarktes können an dieser Stelle exemplarisch Mitgliedsbeiträge in einer Fitnessseinrichtung pro Monat oder je Besuch genannt werden.

2.2.2. Zusammenfassende Systematisierung möglicher Erlösmodelle

Fasst man die vorstehenden Ausführungen zusammen, so lassen sich die wesentlichen Aspekte in Form der nachfolgenden Abbildung systematisieren.

		QUELLE DES ERLÖSSTROMS	
		direkt	indirekt
UN-ABHÄNGIGKEIT VON DER INANSPRUCHNAHME EINER LEISTUNG	variabel / nutzungsabhängig	Erbringung einer Leistung gegen Entgelt, z.B. – Transaktionserlöse – Verbindungsgebühren – Nutzungsgebühren – Prozentuale Vergütung in Abhängigkeit vom Umsatz	Vermittlung von Transaktionen für Dritte, z.B. – Erfolgs- und Vermittlungsprovisionen für abgeschlossene Transaktionen
	fix / nutzungsunabhängig	Bereitstellung einer Nutzungsmöglichkeit gegen Entgelt, z.B. – Einrichtungsgebühren – Grundgebühren – Mitgliedsbeitrag – Flatrates	Transaktionsanbahnung zwischen potenziellen Transaktionspartnern, z.B. – Bannerwerbung – Datamining-Erlöse – Sponsorship

Abb. 2: Systematisierung möglicher Erlösmodelle im zweiten Gesundheitsmarkt.
Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Zollenkop (2006).

2.3. Mischformen an der Schnittstelle zwischen 1. und 2. Gesundheitsmarkt

Wurden in den vorstehenden Abschnitten zunächst die Grundtypen möglicher Erlösstrukturen für den Ersten sowie den Zweiten Gesundheitsmarkt skizziert, so sind in der Realität vielfach Produkte und Dienstleistungen zu beobachten, welche an der Schnittstelle zwischen diesen beiden Märkten angeboten werden. In einem solchen Fall herrscht nicht eine Form der Erlösgenerierung vor, sondern es kommt regelmäßig zu Mischformen, d.h. hinsichtlich der konkreten Erlössysteme bedient man sich bei einem Produkt einer Kombination mehrerer Grundtypen. Zu den bekanntesten dieser Mischformen zählen sicherlich die Zuzahlungsmodelle sowie Selbstbeteiligungen, wie sie bereits durch das erste Kostendämpfungsgesetz im Jahre 1977 und seitdem in einer Vielzahl weiterer Reformen (GRG 1989, GSG 1993, Beitragsentlastungs- und GKV-Neuordnungsgesetze 1997, GKV-Gesundheitsreform 2000, Gesetz zur Reform des Risikostrukturausgleichs 2002, Fallpauschalengesetz 2003, GMG 2004, Gesetz zur Anpassung der Finanzierung von Zahnersatz 2005, AVWG 2006, VÄndG und GKV-WSG 2007) inzwischen vermehrt in den Bereich der ambulanten und stationären medizinischen Versorgung Einzug gehalten haben (vgl. GKV 2010). Insofern erfolgt zunächst in Kap. 2.3.1 eine kurze Darstellung und Rechtfertigung ebendieser Modelle. Daneben existieren eine Fülle von Premium-, Anspar- sowie Umlagemodellen, welche im Rahmen dieses Beitrages ebenfalls Erwähnung finden sollen. Ausführungen hierzu findet der interessierte Leser in den Abschnitten 2.3.2 – 2.3.4 dieses Kapitels.

2.3.1. Zuzahlungsmodelle und Selbstbeteiligungen

Die wohl bekannteste Mischform im Bereich der Erlösstrukturen im deutschen Gesundheitswesen verkörpern die Zuzahlungsmodelle und Selbstbeteiligungen. Neben dem überwiegenden Teil der Erlöse, welche aus den Töpfen der einschlägigen Institutionen der gesetzlichen Sozialversicherung in Deutschland an die Leistungserbringer fließen, obliegt dem Leistungsempfänger die Pflicht zur Leistung einer Zuzahlung sowie zur Übernahme eines gewissen Eigenanteils. Gründe für diese Art des Rationierungsansatzes liegen vornehmlich in der Anreizsetzung sowie einer Verhaltenssteuerung der Versicherten im gesetzlichen Sozialversicherungssystem. Eingängige Beispiele sind die Zuzahlungen im Bereich der Arzneimittel, zu leistende Eigenanteile bei Hilfsmitteln sowie die, auf der Grundlage des GMG sowie des Vertragsarztrechtsänderungsgesetzes basierende Praxisgebühr.

2.3.2. Premiummodelle

Aktuell ist im deutschen Gesundheitswesen ein Trend zur „Ausdünnung“ des, im Rahmen der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung finanzierten Leistungskatalogs zu beobachten. Denkbar ist perspektivisch die staatliche Sicherstellung einer Basis- oder Grundversorgung. Darauf aufbauend könnten entsprechende Premiummodelle zu einer echten Rationierung der angebotenen Gesundheitsleistungen führen. In diesem Fall würde die Basisfinanzierung von der öffentlichen Hand getragen, darüber hinaus gehende Leistungsspektren müssten privat in Form direkter Erlöse entgolten werden, beziehungsweise würden Gegenstand entsprechender Finanzierungsangebote als eigenständige Geschäftsmodelle (z.B. Versicherungs- oder Ansparmodelle).

2.3.3. Ansparmodelle

Daneben sind auch im Gesundheitswesen sogenannte Ansparmodelle denkbar, wie sie in anderen Bereichen des Sozialversicherungssystems bereits seit einigen Jahren zum Einsatz kommen. Analog zum Konzept der „Riester“-Rente werden erste Überlegungen zu einer teilkapitalgedeckten Finanzierung im Gesundheitswesen im Sinne eines „Gesundheitsriester“ diskutiert (Schneider et al. 2008). Mögliche Varianten könnten in diesem Zusammenhang Modelle sein, bei denen der Patient allein, ähnlich einem Kapitaldeckungsverfahren im Bereich der privaten Altersvorsorge (u.a. Lebensversicherungen), einen Kapitalstock anspart. Allerdings sind auch die Einbeziehung von Kostenträgern in derartige Ansparmodelle sowie staatliche Förderung solcher Konzepte zu diskutierende Alternativen.

2.3.4. Umlagemodelle

Als weitere Variante möglicher Mischformen können Umlagemodelle klassifiziert werden. Diese funktionieren nach einem Versicherungsmodell, ähnlich den im derzeitigen System vorzufindenden Modellen im Bereich der gesetzlichen Sozialversicherung. Dabei findet nach dem Prinzip der Risikoteilung eine direkte Umverteilung von der Gruppe der Zahlenden zu den Leistungsempfängern in der Solidargemeinschaft statt.

3. Fazit und Ausblick

Zusammenfassend lässt sich konstatieren, dass Akteure im deutschen Gesundheitswesen mit ihren Leistungsangeboten auf eine Vielzahl möglicher Erlösstrukturen treffen. Der vorstehende Beitrag liefert eine grobe Systematisierung dieser Potenziale und bietet den Akteuren insofern einen Baukasten an, aus welchem jeweils individuell abgestimmt auf das entsprechende Leistungsangebot das als geeignet erscheinende Erlösmodell bzw. eine Kombination aus mehreren dieser Modelle gewählt werden kann. Dabei gibt die vorgenommene Aufteilung in Erlösmodelle für den Ersten und Zweiten Gesundheitsmarkt einen groben Überblick über Grundtypen von Erlösmodellen. Darauf aufbauend werden aber auch Mischformen aufgezeigt, welche im realen Einsatz, insbesondere an der Schnittstelle zwischen Erstem und Zweitem Gesundheitsmarkt ihre Anwendung finden. Im Rahmen einer Analyse entsprechender Geschäftssysteme im Bereich AAL und E-Health konnten die Autoren überdies eine Dynamik hinsichtlich der gewählten Erlösmodelle feststellen, so dass neben den, im Rahmen dieses Beitrags aufgezeigten Aspekten, auch eine Unterteilung in zwei Phasen vorzunehmen ist: zunächst wird in der Anschub- bzw. Entwicklungsphase das Hauptaugenmerk darauf zu legen sein, ein adäquates Geschäftssystem zur Marktreife zu führen. Im Anschluss geht es aber vor allem darum, dieses Geschäftssystem auf Basis tragfähiger Geschäftsmodelle langfristig in Anwendung/Betrieb zu halten, um somit nachhaltig am Markt erfolgreich bestehen zu können (Gersch 2009 und 2010).

Literatur

- Amelung, V.E. (2007): Managed Care – Neue Wege im Gesundheitsmanagement. Wiesbaden: Gabler.
- Bayer, A.-H.; Harper, L. (2000): Fixing to stay – A national survey of housing and home modification issues, AARP, Washington D.C. 2000.
- BKK (2009a): BKK Faktenspiegel. Schwerpunktthema Pflege, Juni 2009, http://www.bkk.de/fileadmin/user_upload/PDF/Faktenspiegel/Aktuelle_Ausgaben/SchwerpunktthemaPflege.pdf, abgerufen am 28.01.2010.
- BKK (2009b): BKK Faktenspiegel. Schwerpunktthema ältere Menschen, September 2009, http://www.bkk.de/fileadmin/user_upload/PDF/Faktenspiegel/Archiv/BKK_Faktenspiegel_September_2009_-_Schwerpunktthema_Ittere_Menschen.pdf, abgerufen am 28.01.2010.
- BKK (2008): BKK Faktenspiegel. Schwerpunktthema Pflege, Juni 2008, http://www.bkk.de/fileadmin/user_upload/PDF/Faktenspiegel/Archiv/Juni08.pdf, abgerufen am 28.01.2010.
- Braun, G.E. ; Schumann, A.; Güssow, J. (2009): Bedeutung innovativer Versorgungsformen und grundlegende Finanzierungs- und Vergütungsaspekte: Einführung und Überblick über die Beiträge. In: Braun; Güssow; Schumann; Heßbrügge (Hrsg.): Innovative Versorgungsformen im Gesundheitswesen. Konzepte und Praxisbeispiele erfolgreicher Finanzierung und Vergütung. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag, S. 3-20.
- Breyer, F.; Zweifel, P.; Kifmann, M. (2005): Gesundheitsökonomik. Berlin: Springer.
- Eichener, V. (2008): Wohnen als dritter Gesundheitsstandort. Vortrag auf dem VdW südwest Innovatives Wohnen Verbandstag, Darmstadt 10. September 2008.
- Fricke, F.-U. (2008): Der gesundheitspolitische Nutzen von Evaluationsstudien. In: Schöffski, O.; Schulenburg, J.-M. G.v.d. (Hrsg.): Gesundheitsökonomische Evaluationen. Berlin: Springer 2008, S. 509-533.
- Gersch, M. (2010): „Orchestratoren“ als Beispiel neuer Geschäftsmodelle im Bereich E-Health@Home, in: 3. Deutscher AAL-Kongress, Tagungsband, Berlin, 27. Januar 2010.
- Gersch, M. (2009): „Orchestratoren“ als Beispiel neuer Geschäftsmodelle im Gesundheitswesen, 1. Jahrestagung des Projektes E-Health@Home, Tagungsband, Duisburg, 5. November 2009.
- GKV – Die gesetzlichen Krankenkassen (2010): Gesundheitsreformen, <http://www.gkv.info/gkv/index.php?id=633>, abgerufen am 28.01.2010.
- Goldschmidt, A. J. W.; Hilbert, J. (2009): Gesundheitswirtschaft in Deutschland. Band 1, WIKOM; Wegscheid 2009, S. 20ff.
- Henke, Klaus-Dirk: (2009): Der zweite Gesundheitsmarkt, in: Public Health Forum 17, Heft 64, S. 16.e1-16.e4.
- Karte, J.; Neumann, K. (2008): Der Gesundheitsmarkt. Roland Berger Studie zum Gesundheitsmarkt, München 2008.

- Kremer-Preiß, U.; Stolarz, H. (2003): Neue Wohnkonzepte für das Alter und praktische Erfahrungen bei der Umsetzung – eine Bestandsanalyse, Working Paper, Bertelsmann-Stiftung, Kuratorium Deutsche Altershilfe (KDA), Köln 2003.
- Mühlbacher, A. (2006): Finanzmanagement in der Integrierten Versorgung. In Busse, R.; Schreyögg, J.; Gericke, C. (Hrsg.): Management im Gesundheitswesen, Berlin u.a.: Springer, S.250-260.
- Picot, A. (2009): Erlöspolitik für Informationsangebote im Internet, in: Wirtschaftsdienst. Zeitschrift für Wirtschaftspolitik (Zeitgespräch: Was darf das Internet kosten?), Jg. 89 (2009), Heft 10, S. 643-647.
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR) (2009): Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens. Sondergutachten 2009.
- Schneider, U.; Ulrich, V.; Zerth, J. (2008): Das Modell eines kontrollierten Wettbewerbs auf dem Krankenversicherungsmarkt, in: Ärzte Zeitung (Hrsg.): Zukunftsideen für das Gesundheitssystem. Beiträge aus dem Hochschulwettbewerb „Perspektive 2020 – Gesundheit als Chance“, Offenbach: Ärzte Zeitung Verlagsgesellschaft mbH, S. 25-40.
- Schröder, S.; Gersch, M. (2009): Ökonomische Evaluation komplexer Versorgungskonzepte – Methodische Grundlagen und Entwicklungsperspektiven. E-Health@Home-Arbeitsbericht.
- Simon, M. (2008): Das Gesundheitssystem in Deutschland. Eine Einführung in Struktur und Funktionsweise. 2. vollständig überarbeitete Auflage. Bern: Verlag Hans Huber.
- Zerdick, Axel; Picot, Arnold; Schrape, Klaus; Artopé, Alexander; Goldhammer, Klaus; Heger, Dominik K.; Lange, Ulrich T.; Vierkant, Eckart; López-Escobar, Esteban; Silverstone, Roger (2001): Die Internet-Ökonomie: Strategien für die digitale Wirtschaft. 3. Aufl., Berlin u.a.: Springer 2001.
- Zollenkop, M. (2006): Geschäftsmodellinnovation. Initiierung eines systematischen Innovationsmanagements für Geschäftsmodelle auf Basis lebenszyklusorientierter Frühaufklärung, Deutscher Universitäts-Verlag, Wiesbaden 2006.