

Dieter Cassel · Ingwer Ebsen · Stefan Greß
Klaus Jacobs · Sabine Schulze · Jürgen Wasem



Vertragswettbewerb in der GKV

Möglichkeiten und Grenzen vor und nach
der Gesundheitsreform der Großen Koalition

Wissenschaftliches Institut der AOK

Die vorliegende Publikation ist ein Beitrag des
Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIdO)
und keine Meinungsäußerung des AOK-Bundes-
verbandes.

Dieter Cassel, Ingwer Ebsen, Stefan Greß, Klaus
Jacobs, Sabine Schulze, Jürgen Wasem (Hrsg.)

Vertragswettbewerb in der GKV
Möglichkeiten und Grenzen vor und nach der
Gesundheitsreform der Großen Koalition

Bonn 2008
ISBN-13 978-3-922093-50-3

Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO)
Rosenthaler Str. 31, 10178 Berlin

Grafik und Satz: Ursula M. Mielke
Redaktionelle Bearbeitung: Susanne Sollmann
Umschlagsgestaltung: Désirée Gensrich
Titelfoto: Albert Christian

Nachdruck, Wiedergabe, Vervielfältigung und
Verbreitung (gleich welcher Art), auch von Teilen
des Werkes, bedürfen der ausdrücklichen Geneh-
migung des Wissenschaftlichen Instituts der AOK
(WIdO).

Internet: <http://www.wido.de/>

Inhalt

Vorwort.....	5
--------------	---

GUTACHTEN 1

Weiterentwicklung des Vertragswettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung	9
--------------------------------------------------------------------------------------------	---

Vorschläge für kurzfristig umsetzbare Reformschritte

Dieter Cassel, Ingwer Ebsen, Stefan Greß, Klaus Jacobs,
Sabine Schulze, Jürgen Wasem

Inhaltsverzeichnis.....	11
-------------------------	----

GUTACHTEN 2

Nach der Gesundheitsreform der Großen Koalition: Vorfahrt für Vertragswettbewerb?	151
--------------------------------------------------------------------------------------------	-----

Das Potenzial des GKV-WSG für Selektivverträge zwischen
Krankenkassen und Leistungserbringern

Dieter Cassel, Ingwer Ebsen, Stefan Greß, Klaus Jacobs,
Sabine Schulze, Jürgen Wasem

Inhaltsverzeichnis.....	153
-------------------------	-----

Autoren.....	225
--------------	-----

Vorwort

2009 tritt mit dem Gesundheitsfonds das „Herzstück“ der Gesundheitsreform der Großen Koalition in Kraft. Mittlerweile dürfte weitgehende Einigkeit darin herrschen, dass das neue Finanzierungskonzept der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) kaum eine Lösung ihrer einschlägigen Finanzierungsprobleme – unzureichende Stabilität, Nachhaltigkeit, Verteilungsgerechtigkeit und Arbeitsmarktcompatibilität – erwarten lässt. Umso mehr richtet sich das Interesse auf eine andere Dimension der Reform, die sogar in der Bezeichnung des Reformgesetzes („GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz – GKV-WSG“) zum Ausdruck kommt: die wettbewerbliche Ausrichtung des GKV-Systems.

Im Folgenden geht es allerdings weniger um die unmittelbaren Wettbewerbswirkungen von Gesundheitsfonds, Risikostrukturausgleich, Zusatzbeitrag und Überforderungsklausel, sondern um die vertragswettbewerblichen Handlungsspielräume der Krankenkassen und Leistungserbringer und ihre voraussichtlichen Erfolgchancen. Wenn die mit dem neuen Finanzierungskonzept angestrebte Intensivierung des Kassenwettbewerbs tatsächlich – wie seitens der Politik gewünscht und erwartet – positive Auswirkungen auf Qualität und Wirtschaftlichkeit der Gesundheitsversorgung haben soll, ist es als Voraussetzung unverzichtbar, dass die einzelwirtschaftlichen Vertragsakteure über genügend wirksame Handlungsparameter im Wettbewerb verfügen. Andernfalls liefe die proklamierte Wettbewerbsstärkung ins Leere und erweise sich die mit der Reform verbundene Wettbewerbsrhetorik der Politik als Etikettenschwindel.

Vor diesem Hintergrund wird in der vorliegenden Publikation der Frage nach der vertragswettbewerblichen Substanz der GKV vor und nach Inkrafttreten der Gesundheitsreform der Großen Koalition in zwei Teilen nachgegangen:

- Der erste Teil enthält ein Gutachten, das die Verfasser bereits im Juli 2006 im Auftrag des AOK-Bundesverbandes erstellt haben, also bevor die Arbeiten am GKV-WSG in ihre entscheidende Phase gingen bzw. abgeschlossen wurden. Das Gutachten enthält neben einer ordnungspolitischen Einführung in Funktion und Funktionsbedingungen von Vertragswettbewerb in der GKV vor allem auch eine detaillierte Analyse des vertragswettbewerblichen Status quo vor dem GKV-WSG sowie konkrete, für dieses Gesetz gedachte Reformvorschläge.
- Im zweiten Teil analysieren die Verfasser vor dem Hintergrund des Gutachtens von 2006 die wesentlichen Reformmaßnahmen des GKV-WSG aus einer dezidiert vertragswettbewerblichen Perspektive.

Angesichts der Struktur dieser Publikation versteht sich beinahe von selbst, dass die Verfasser im GKV-WSG weitaus weniger vertragswettbewerbliche Substanz erkennen können, als sie der Gesetzgeber selbst reklamiert. Andernfalls ließe sich die Veröffentlichung eines gut zwei Jahre alten Gutachtens kaum rechtfertigen. Wie die Analyse zentraler GKV-WSG-Reformen zeigt, haben die Ausführungen des Gutachtens jedoch nur vergleichsweise wenig an Relevanz eingebüßt. Deshalb verdienen sie es nach Ansicht der Verfasser, im Hinblick auf nach wie vor ausstehende Schritte in Richtung vertragswettbewerblicher Steuerung der Gesundheitsversorgung ins Gedächtnis der gesundheitspolitisch Verantwortlichen zurückgerufen zu werden.

Wir danken allen im WIdO, die uns bei der Fertigstellung des Buches tatkräftig unterstützt haben. Dabei gebührt der Dank insbesondere Hans-Peter Metzger für seine organisatorische Unterstützung, Ursula M. Mielke für die gelungene Erstellung des Layouts und der Grafiken sowie Susanne Sollmann für das ausgezeichnete Lektorat.

Bonn, Duisburg, Essen, Fulda und Frankfurt/Main im September 2008

Dieter Cassel

Ingwer Ebsen

Stefan Greß

Klaus Jacobs

Sabine Schulze

Jürgen Wasem

Dieter Cassel · Ingwer Ebsen · Stefan Greß · Klaus Jacobs ·
Sabine Schulze · Jürgen Wasem

Weiterentwicklung des Vertragswett- bewerbs in der gesetzlichen Kranken- versicherung

Vorschläge für kurzfristig umsetzbare Reformschritte

Gutachten im Auftrag des AOK-Bundesverbandes

Vorgelegt im Juli 2006

Inhalt

Kurzfassung	15
1 Einleitung	27
2 Reformoption Vertragswettbewerb.....	29
2.1 Wettbewerb und Wettbewerbsdefizit im GKV-System	30
2.1.1 Wettbewerb als ordnungspolitisches Leitbild im Gesundheitswesen	30
2.1.2 Wettbewerbskonstituierende Akteursbeziehungen.....	33
2.1.3 Märkte und Wettbewerbsfelder.....	37
2.1.4 Wettbewerbsdefizite auf dem GKV-Leistungsmarkt.....	40
2.2 Alternative Reformstrategien auf dem Weg zu mehr Vertragswettbewerb	43
2.2.1 Schock- versus Schrittstrategie	44
2.2.2 Vertragssystemwettbewerb als Reformstrategie	46
2.2.3 Pragmatische Schrittstrategie als Lösungsweg	49
2.3 Bisherige gesetzgeberische Schritte für mehr Vertragswettbewerb	51
3 Darstellung und Bewertung vorhandener Instrumente für selektive Verträge	55
3.1 Kriterien der Analyse und Bewertung	59
3.1.1 Spielräume bei der Vertragsgestaltung.....	59
3.1.2 Koordinationsbedarf gegenüber dem Kollektivsystem	61
3.1.3 Einbeziehung der Versicherten.....	64

3.2	Selektivverträge ohne ärztliche Beteiligung	65
3.2.1	Verträge über Hilfsmittel nach § 127 Abs. 2 SGB V.....	66
3.2.2	Verträge mit Apothekern nach § 129 Abs. 5b SGB V.....	68
3.2.3	Arzneimittel-Rabattvereinbarungen nach § 130a Abs. 8 SGB V.....	69
3.3	Selektivverträge mit ärztlicher Beteiligung.....	70
3.3.1	Modellvorhaben nach §§ 63–65 SGB V	70
3.3.2	Strukturverträge nach § 73a SGB V.....	74
3.3.3	Hausarztzentrierte Versorgung nach § 73b SGB V.....	75
3.3.4	Verträge nach § 73c Abs. 2 S. 2 SGB V	80
3.3.5	Verträge mit Krankenhäusern nach § 116b Abs. 1 SGB V.....	81
3.3.6	Verträge mit Krankenhäusern nach § 116b Abs. 2–5 SGB V.....	85
3.3.7	Verträge über die Beteiligung von Leistungserbringern an strukturierten Behandlungsprogrammen nach § 137f SGB V.....	86
3.3.8	Verträge über integrierte Versorgung nach §§ 140a ff. SGB V.....	88
3.3.9	Verträge mit Leistungserbringern im Ausland nach § 140e SGB V.....	99
3.4	Zwischenfazit: Veränderungsbedarf im Recht selektiver Verträge	101
4	Weitere Schritte auf dem Weg zu mehr Vertragswettbewerb .	109
4.1	Vorschläge für konkrete Maßnahmen.....	110
4.1.1	Mehr Möglichkeiten für sektorspezifische Selektivverträge.....	110
4.1.2	Verlängerung und Ausweitung der Anschubfinanzierung.....	112
4.1.3	Budgetbereinigung in der ambulanten Versorgung.....	117

4.1.4	Budgetbereinigung in der stationären Versorgung	122
4.1.5	Überprüfung der Sicherstellung durch die Krankenkassen	124
4.1.6	Steuerung der Arzneimittelversorgung.....	126
4.1.7	Verträge mit allen zulassungsfähigen Leistungserbringern	127
4.1.8	Freiwillige Selbstbindung der Versicherten	130
4.1.9	Steuerliche Gleichbehandlung	132
4.1.10	Qualitätsstandards.....	136
4.2	Gesetzgeberische Umsetzung.....	137
4.2.1	Mehr Möglichkeiten für sektorspezifische Selektivverträge	137
4.2.2	Verlängerung und Ausweitung der Anschubfinanzierung.....	137
4.2.3	Budgetbereinigung in der ambulanten Versorgung	138
4.2.4	Budgetbereinigung in der stationären Versorgung	139
4.2.5	Überprüfung der Sicherstellung durch die Krankenkassen	139
4.2.6	Steuerung der Arzneimittelversorgung.....	140
4.2.7	Verträge mit allen zulassungsfähigen Leistungserbringern	140
4.2.8	Freiwillige Selbstbindung der Versicherten	141
4.2.9	Steuerliche Gleichbehandlung	142
4.2.10	Qualitätsstandards.....	143
5	Literaturverzeichnis.....	145

Kurzfassung

Reformoption Vertragswettbewerb

Wettbewerb ist insbesondere für das Gesundheitswesen nicht als Selbstzweck, sondern um seiner Ergebnisse willen zu fordern. Wettbewerb ist ein effizientes Entdeckungsverfahren für neue Problemlösungen. Dynamische, auf Innovation und Fortschritt gerichtete Wettbewerbsprozesse können nur dann funktionsfähig sein, wenn sie durch Wettbewerbsregeln adäquat verfasst sind.

Im Gesundheitswesen gibt es drei zentrale Märkte und Wettbewerbsfelder. Auf dem **Behandlungsmarkt** konkurrieren die Leistungserbringer vorwiegend mit der Art und Qualität ihrer Leistungen um Patienten, die ihnen (im Rahmen des Sachleistungsprinzips) Ansprüche auf Leistungsentgelte gegenüber den Krankenversicherungen verschaffen. Auf dem **Versicherungsmarkt** konkurrieren die Krankenversicherungen mit unterschiedlichen Organisationsformen der Leistungserbringung, mit Serviceleistungen und insbesondere mit der Höhe ihrer Beitragssätze um die Versicherten. Im Gegensatz dazu findet auf dem **Leistungsmarkt** derzeit praktisch kein Wettbewerb statt – weder zwischen den Kassen untereinander um geeignete Leistungserbringer einerseits, noch zwischen den Leistungserbringern um Leistungsaufträge der Krankenkassen andererseits.

Wettbewerb auf dem Leistungsmarkt verlangt, dass die Kassen Versorgungs- und Vergütungsformen mit den Leistungserbringern frei vereinbaren und sich im Wechselspiel von Innovation und Imitation bewähren können. Solange der Gesetzgeber Kassen und Leistungserbringer zur Bildung von Verbändekartellen und zum Abschluss von Kollektivverträgen zwingt, findet auf dem Leistungsmarkt kein Wett-

bewerb um kassen- und versorgerindividuelle Leistungsverträge statt. Weitgehende Rechte zu selektivem Kontrahieren vorausgesetzt, könnte der Wettbewerb auch auf dem Leistungsmarkt als Entdeckungsverfahren genutzt werden, könnten innovative Lösungen eine Chance bekommen und könnten sich letztlich diejenigen Versorgungsstrukturen durchsetzen, die von den Versicherten in Wahrnehmung ihrer Kassen- und Tarifwahlfreiheit bevorzugt werden.

Inzwischen ist es politischer Konsens, dass das System der GKV stärker wettbewerblich ausgerichtet werden soll. Das konservative Beharrungsvermögen der Akteure im Gesundheitswesen würde eigentlich für eine Umsetzung dieses Ziels im Rahmen einer unumkehrbaren **Big-Bang-Strategie** sprechen, die schlagartig neue Rahmenbedingungen für freivertragliches Handeln setzte und zu rascher Anpassung zwänge. Damit wüchse freilich auch das Risiko, die Transformation nicht mehr in geordneten Bahnen halten und gegebenenfalls unerwünschte Auswirkungen auf das Leistungsgeschehen rechtzeitig korrigieren zu können. Dagegen vermeidet eine **Schrittstrategie** einen abrupten Systembruch, läuft damit aber Gefahr, dass die zeitlich gestaffelten Reformschritte auf den Widerstand der betroffenen Akteure stoßen und nicht weiter fortgesetzt oder schlimmstenfalls wieder rückgängig gemacht werden.

Die Nachteile der Schock- und der Schrittstrategie ließen sich möglicherweise vermeiden, wenn die Transformation selbst einer durch Wettbewerb ausgelösten und in Gang gehaltenen Eigendynamik überantwortet werden könnte. Diese wäre etwa im Konzept des Vertragssystemwettbewerbs der Fall, das auf den ersten Blick eine attraktive Alternative zur Schock- und zur Schrittstrategie darstellt – einer kritischen Detailanalyse aber nicht standhält. Der wohl gravierendste Einwand besteht darin, dass die Ergebnisse des Vertragssystemwett-

bewerbs ganz und gar von den politisch zu setzenden wettbewerbsrelevanten Rahmenbedingungen abhängen. Als Gewinner geht dann jenes Vertragssystem aus dem Wettbewerb hervor, das – beabsichtigt oder unbeabsichtigt – durch die institutionellen Vorgaben begünstigt wurde.

Offensichtlich gibt es keinen Königsweg, der direkt vom Status quo des korporatistischen GKV-Systems zu einem sich selbst steuernden vertragswettbewerblichen Allokationsmechanismus auf dem Leistungsmarkt führt. In jedem Fall bedarf es zu Beginn des Transformationsprozesses gezielter gesundheitspolitischer Weichenstellungen, durch die ein hinreichend großer, rechtlich adäquat und ökonomisch anreizkompatibel gestalteter, zeitlich unbegrenzter und verlässlicher Handlungsspielraum für selektives Kontrahieren der individuellen Akteure geschaffen wird. Dabei hat der Gesetzgeber dem Umstand Rechnung zu tragen, dass für eine mehr oder weniger lange Übergangszeit kollektiv- und selektivvertraglich geregelte Versorgungsbereiche nebeneinander fortbestehen können. Die Verfasser des vorliegenden Gutachtens haben sich deshalb klar für eine **pragmatische Schrittstrategie** als einen gangbaren und Erfolg versprechenden Lösungsweg entschieden, indem sie an die vom Gesetzgeber bereits vorgenommenen Öffnungen des Kollektivvertragssystems für selektive Vereinbarungen anknüpfen und weitergehende Vorschläge für eine systematische, zeitlich gestaffelte Weiterentwicklung der Reformoption Vertragswettbewerb machen.

Darstellung und Bewertung vorhandener Instrumente für selektive Verträge

Die derzeitigen rechtlichen Rahmenbedingungen stellen Krankenkassen und Leistungserbringern eine Reihe von Möglichkeiten zur Verfügung, selektive Verträge abzuschließen. Selektivität ist durch zwei

Merkmale gekennzeichnet: Erstens erhalten Leistungserbringer nicht schon aufgrund einer bloßen Zulassung Zugang zur vergüteten Versorgung gesetzlich Versicherter, und zweitens gehört zur Selektivität Vertragsfreiheit in dem Sinne, dass die Vertragspartner eigenständig entscheiden können, ob und mit wem sie einen Vertrag schließen oder nicht.

Die vorhandenen gesetzlichen Instrumente für selektives Vertrags Handeln unterscheiden sich ganz erheblich im Hinblick auf Spielräume bei der Vertragsgestaltung, den Koordinationsbedarf gegenüber dem Kollektivsystem und die Möglichkeit zur Einbeziehung von Versicherten in selektivvertragliche Versorgungsformen. Außerhalb der ärztlichen Versorgung zählen Verträge über die Versorgung mit Hilfsmitteln, Verträge mit Apothekern und Arzneimittelherstellern sowie Rabattvereinbarungen zum selektivvertraglichen Instrumentarium. Diesen Instrumenten ist gemeinsam, dass es wenig Koordinationsbedarf gegenüber dem Kollektivsystem gibt. Das liegt in erster Linie daran, dass sich eine verstärkte Nutzung dieser selektivvertraglichen Instrumente automatisch in niedrigeren Leistungsmengen im Kollektivsystem niederschlägt. Dennoch scheitert die Umsetzung dieses selektivvertraglichen Instrumentariums für Hilfs- und Arzneimittel vor allem daran, dass die Krankenkassen den Herstellern keine Abnahmemengen zusichern können. Es fehlt eine gesetzliche Ermächtigung, mit der Kassen Vertragsärzte, Apotheker oder Krankenhäuser daran binden könnten, für ihre Versicherten aus gleichwertigen Alternativen die Produkte eines bestimmten Unternehmens auszuwählen, mit dem ein Rabattvertrag vereinbart wurde.

Zu den bestehenden selektivvertraglichen gesetzlichen Instrumenten innerhalb der ärztlichen Versorgung zählen vor allem Modellvorhaben, Verträge mit Krankenhäusern zur Erbringung von hochspeziali-

sierten Leistungen, die hausarztzentrierte Versorgung, die integrierte Versorgung und – bisher wenig beachtet – Verträge mit Leistungserbringern im EU-Ausland. Strukturverträge und Verträge über die Versorgung gemäß besonderen Anforderungen lassen sich dagegen nur eingeschränkt als selektivvertragliche Instrumente bezeichnen.

Die Analyse dieser selektiven Vertragsoptionen und ihrer jeweiligen Wirkungen macht jedoch deutlich, dass trotz ihrer Vielfalt von einer „Vorfahrt für wettbewerbliche Selektivverträge“ nach wie vor keine Rede sein kann. Zum einen sind selektive Vertragsoptionen im SGB V jeweils nur ein Appendix der zahlreichen – überwiegend unverändert administrativ-kollektivrechtlich verfassten – Gesetzesregelungen zu den bestehenden sektoralen Beziehungen zwischen Krankenkassen (verbänden) und Leistungsanbietern. Weil sie zum anderen auf den jeweiligen, teilweise höchst unterschiedlich gestalteten sektoralen Kollektivvorschriften aufsetzen und sich in aller Regel an deren Grundlogik orientieren, sind auch die selektiven Vertragsmöglichkeiten durch ein hohes Maß an Uneinheitlichkeit gekennzeichnet und stellen sich insoweit als „bunter Strauß von Partikularlösungen“ dar. Eine Ausnahme davon sind allenfalls die Vorschriften zur integrierten Versorgung.

Die integrierte Versorgung zeichnet sich vor allem durch ein Spezifikum aus, das letztlich dafür verantwortlich ist, dass allein in diesem Bereich von selektiven Vertragsoptionen überhaupt nennenswert Gebrauch gemacht wird. Mit dem 1-Prozent-Budget der Anschubfinanzierung stehen Finanzmittel zur Verfügung, die für den nicht unbeträchtlichen Investitionsbedarf zur Entwicklung und Installation neuer, sektorübergreifender Versorgungsformen genutzt werden können. Gleichzeitig bedeutet diese pauschale Anschubfinanzierung aber auch einen pragmatischen Einstieg in die Bereinigung kollektiver

Vergütungen, ohne die selektive Vertragsabschlüsse letztlich zwangsläufig zu einer „Add-on-Finanzierung“ führen.

Dass die Vertragspartner von den Möglichkeiten zur integrierten Versorgung rege Gebrauch machen, die anderen selektiven Vertragsoptionen dagegen nur geringe Beachtung finden, liegt nicht daran, dass die Akteure nicht willens oder in der Lage wären, die neuen Möglichkeiten des GMG zu nutzen. Vielmehr sind diese Möglichkeiten nicht hinreichend zweckmäßig ausgestaltet, um Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung tatsächlich positiv beeinflussen zu können. Dies zeigt sich etwa besonders anschaulich am Beispiel der hausarztzentrierten Versorgung.

Obwohl sich das 1-Prozent-Budget zur Anschubfinanzierung in der integrierten Versorgung als pragmatisches Erfolgsrezept erwiesen hat, greift seine Wirkung zu kurz. Ein lediglich dreijähriger Zeitraum reicht nicht aus, um Investoren hinreichende Sicherheit für Investitionen in die Entwicklung „echter“ Strukturinnovationen zu geben, wie sie insbesondere für populationsbezogene Vollversorgungskonzepte erforderlich sind. Die von der Bundesregierung in Aussicht gestellte Verlängerung der Anschubfinanzierung um lediglich ein Jahr kann dieses Manko nicht ausgleichen. Hier sind deutlich längere Zeiträume notwendig.

Darüber hinaus ist die 1-Prozent-Regelung aber auch nicht geeignet, eine konsistente Bereinigung von Kollektivvergütungen zu ersetzen, die spätestens nach Auslaufen der Anschubfinanzierung, gegebenenfalls auch schon vorher bei deren Überschreitung, zwingend erforderlich ist. Dies ist zurzeit jedoch bei keiner einzigen selektiven Vertragsoption Erfolg versprechend ausgestaltet. Unbefriedigend ist auch, dass selektive Verträge nur mit (sektoral) zugelassenen Leistungsan-

bietern geschlossen werden können. Dadurch ist das wettbewerbliche Such- und Entdeckungspotenzial selektiver Vertragsoptionen faktisch auf sektorübergreifende Versorgungsformen eingeschränkt.

Ein wesentliches Fazit der Analyse betrifft ferner den Aspekt der freiwilligen Selbstbindung der Versicherten. Damit Krankenkassen mit Leistungsanbietern – nicht nur im Bereich der integrierten Versorgung, sondern etwa auch mit Arzneimittelherstellern oder Hilfsmittelproduzenten – erfolgreiche Preisverhandlungen führen können, müssen sie diesen hinreichend gesicherte Erwartungen über Absatzmengen in Aussicht stellen können. Dazu ist es jedoch erforderlich, dass sich Versicherte der entsprechenden Kasse für einen bestimmten Zeitraum verpflichtend an bestimmte Versorgungsmodelle binden können. Dies ist zugleich unverzichtbare Grundlage für die Gewährung eines Teilnahmebonus für die Versicherten, um an den erzielten Effizienzerfolgen zu partizipieren.

Weitere Schritte auf dem Weg zu mehr Vertragswettbewerb

Sollen Qualität und Wirtschaftlichkeit der Gesundheitsversorgung deutlich verbessert werden, ist ein Ausbau der wettbewerblichen Handlungsoptionen von Krankenkassen und Leistungsanbietern notwendig. Dazu wird vor allem eine erneute Modifizierung und Straffung der Vorschriften zur integrierten Versorgung vorgeschlagen. Die folgenden Reformvorschläge wären vom Gesetzgeber vergleichsweise einfach umzusetzen und setzen für Krankenkassen und Leistungserbringer substanzielle Anreize zur Entwicklung von Innovationen und zur Realisierung von Wirtschaftlichkeitspotenzialen.

Die Umsetzung dieser Vorschläge muss in einen adäquat ausgestalteten Ordnungsrahmen des Kassenwettbewerbs eingebunden sein. Hierbei kommt der morbiditätsorientierten Weiterentwicklung des RSA,

wie sie der Gesetzgeber mit der RSA-Reform von 2001 beschlossen hat, besondere Bedeutung zu – sichert sie doch, dass die wettbewerblichen Freiheiten für die Krankenkassen nicht zur Risikoselektion genutzt werden, sondern sich die Krankenkassen durch Verbesserung von Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung im Wettbewerb profilieren.

Dies sind die Vorschläge im Einzelnen:

1. **Mehr Möglichkeiten für sektorspezifische Selektivverträge.** Die bisher nur für die integrierte Versorgung geltenden Regelungen sollten auch für sektorspezifische Verträge genutzt werden können. Damit trägt der Gesetzgeber der Tatsache Rechnung, dass es auch innerhalb der Versorgungssektoren Wirtschaftlichkeitspotenziale gibt, die durch die Vertragspartner im Kollektivsystem nicht erschlossen werden können.
2. **Ausweitung der Anschubfinanzierung.** Die pauschale Bereinigung („1-Prozent-Regelung“ nach § 140d SGB V) in der integrierten Versorgung hat für nachhaltige Impulse zum Abschluss von Selektivverträgen und bei der Suche nach innovativen Lösungen gesorgt. Der Gesetzgeber sollte diese Impulse nicht nur erhalten, sondern noch weiter verstärken. Dazu sollte **erstens** die Regelung zur pauschalen Bereinigung künftig auch für sektorspezifische Selektivverträge nutzbar gemacht werden. Mit der Erweiterung des Anwendungsbereiches der Regelung zur Anschubfinanzierung auch auf sektorspezifische Selektivverträge sollte der Gesetzgeber **zweitens** eine Verdoppelung des Volumens der pauschalen Bereinigung vornehmen. **Drittens** sollte der Gesetzgeber die Laufzeit der pauschalen Bereinigung um fünf Jahre verlängern. **Viertens** sollte der Gesetzgeber die zeitliche Verfügbarkeit über die Mittel der Anschubfinanzierung modifizieren. Die Gutachter schlagen

fünftens dem Gesetzgeber vor zu regeln, dass wenn sich nach drei Jahren zeigt, dass das zur Verfügung stehende Mittelvolumen der pauschalen Anschubfinanzierung nicht ausgenutzt wird, eine Übertragbarkeit der nicht genutzte Anteil an der Anschubfinanzierung an andere Krankenkassen durch Rechtsverordnung vorgesehen werden kann. Zur Vermeidung von Konflikten über die Nachweispflichten bei Kürzungen von Budgets wird sechstens eine ergänzende gesetzliche Regelung vorgeschlagen, die auch die Einrichtung der Registrierungsstelle umfasst.

3. **Budgetbereinigung in der ambulanten und stationären Versorgung.** Der mögliche Übergang von einem System der Kollektivverträge zum System der Einzelverträge kann nicht über die pauschale Anschubfinanzierung realisiert werden. Erforderlich sind vielmehr bereits während der Phase der Anschubfinanzierung für Selektivverträge, die im Umfang darüber hinausgehen, sowie für Selektivverträge im Anschluss an die Phase der pauschalen Anschubfinanzierung klare Regelungen einer Budgetbereinigung. Ohne eine solche Budgetbereinigung hätten die Krankenkassen kaum Anreize zum Abschluss von Selektivverträgen über die Anschubfinanzierung hinaus, weil sie die Vergütungen der selektivvertraglich vereinbarten Leistungen zusätzlich zu den Kollektivvergütungen entrichten müssten. Für die Budgetbereinigung muss der Gesetzgeber hinreichend klare Vorgaben machen, so dass die Kollektivvertragspartner bzw. die betroffenen Schiedsämter bzw. Schiedsstellen möglichst wenig Spielraum bei der Entscheidungsfindung haben. Es gilt der Grundsatz, dass die Kollektivbudgets um den Betrag bereinigt werden, den die im Selektivvertrag erbrachten Leistungen im Kollektivsystem gekostet hätten. Im Gegensatz zur Anschubfinanzierung gilt die Budgetbereinigung unbefristet.

- a. **Bereinigung der Gesamtvergütung in der vertragsärztlichen Versorgung:** Schließt eine Krankenkasse Selektivverträge für einen Teil der vertragsärztlichen Versorgung, wird die Gesamtvergütung um die im Kollektivsystem entfallenden mit dem kassenindividuellen Punktwert bewerteten Leistungsmengen bereinigt. Die Krankenkasse muss nachweisen, dass die selektivvertraglich vereinbarten Leistungen in der kollektivvertraglich geregelten Versorgung nicht in Anspruch genommen werden.
 - b. **Bereinigung der Krankenhausbudgets in der stationären Versorgung:** Fallzahlreduzierungen als Folge von Selektivverträgen fließen ebenso wie Fallzahlreduzierungen als Folge anderer Ursachen in die Budgetverhandlungen ein. Die Schiedsstellen haben diese Fallzahlreduzierungen zu berücksichtigen. Mindererlösausgleiche als kurzfristige Folge von Fallzahlreduzierungen sind gerechtfertigt. Allerdings ist klarzustellen, dass in den Fällen kein Mindererlösausgleich stattfindet, in dem die Mindererlöse dadurch entstehen, dass das Krankenhaus Leistungen vom Budgetbereich in den Bereich der Selektivverträge verlagert.
4. **Überprüfung der Sicherstellung durch die Krankenkassen.** Es besteht ein gesundheitspolitisches Interesse daran, dass die Krankenkassen bei steigenden Anteilen der Versorgung in Selektivverträgen den insoweit auf sie übergehenden Sicherstellungsauftrag auch wahrnehmen. Der Gemeinsame Bundesausschuss sollte daher verpflichtet werden, für den Fall, dass eine Krankenkasse mehr als 10 % ihrer Versorgung über Selektivverträge organisiert, leistungsbezogene Mindeststandards festzulegen, die eine Krankenkasse zur Sicherstellung der Versorgung in den Selektivverträgen realisieren muss. Damit sollte eine Verpflichtung der zuständigen

Aufsichtsbehörde einhergehen zu überprüfen, ob die entsprechenden Krankenkassen in ihren Verträgen dieser Anforderung nachgekommen sind.

5. **Steuerung der Arzneimittelversorgung.** Wirkungsvolle Anreize zur Verbesserung der Wirtschaftlichkeit in der Arzneimittelversorgung können nur auf selektivvertraglicher Ebene gesetzt werden. Dazu ist es notwendig, dass die Möglichkeit zur Vereinbarung zusätzlicher Herstellerrabatte (§ 130a Abs. 8 SGB V) um die Möglichkeit selektivvertraglicher Privilegierung bestimmter Produkte bei der Arzneimittelverordnung ergänzt wird, worum sich alle Hersteller in einem transparenten Verfahren bewerben können.

6. **Verträge mit nicht zugelassenen Leistungsanbietern.** Im Vertragswettbewerb geht es auch darum, neue Versorgungsstrukturen in einem dezentralen, wettbewerblichen Entdeckungsprozess zu erproben. Daher sollten die Krankenkassen die Möglichkeit bekommen, auch Selektivverträge mit solchen Leistungsanbietern abzuschließen, die zwar grundsätzlich zulassungsfähig sind, aber keine Zulassung im Kollektivsystem haben oder wünschen. Auch Leistungserbringer innerhalb der EU sollten in die Gestaltungsmöglichkeiten für Selektivverträge einbezogen werden. Allerdings erfordert dies unter den Bedingungen des Kassenwettbewerbs untereinander eine Sicherstellung der Anbieterqualität, wie sie im Zulassungssystem durch die Zulassungskriterien erfüllt wird. Während für ambulante ärztliche Behandlung mit der Eintragung ins Arztregister ein angemessenes Instrument zur Verfügung steht, bedarf es für mögliche nicht zugelassene Vertragspartner im Übrigen einer Zertifizierung. Hierfür sollten die Stellen zuständig sein, welche auch für die Zulassung zuständig sind. Die Zertifizierung berücksichtigt allein die Qualitätsgesichtspunkte, welche auch für

eine Zulassung unverzichtbar sind. Auf die Zertifizierung besteht auch dann ein Anspruch, wenn auf die Zulassung kein Anspruch besteht. Im Übrigen sollte geprüft werden, inwieweit zentrale Grundsätze des Wettbewerbsrechts (insbesondere das Verbot des Missbrauchs marktbeherrschender Stellungen) im SGB V normiert werden.

7. **Freiwillige Selbstbindung der Versicherten.** Die Krankenkassen und deren Versicherte müssen die Möglichkeit haben, sich für eine bestimmte Zeit auf selektivvertraglich vereinbarte Leistungserbringung festzulegen. Andernfalls ist eine hinreichende Planungssicherheit – vor allem in den Verhandlungen mit Vertragspartnern von Selektivverträgen – nicht gegeben, was zu Lasten möglicher finanzieller Vorteile der Versicherten geht.
8. **Steuerliche Gleichbehandlung.** Es ist sicherzustellen, dass steuerrechtliche Differenzierungen (Umsatzsteuer, Gewerbesteuer) so ausgestaltet werden, dass alle Rechts- und Kooperationsformen von Leistungsanbietern, die als Partner für Selektivverträge in Betracht kommen, gleiche Wettbewerbsbedingungen haben
9. **Qualitätsstandards.** Im Vertragswettbewerb sollte der Gesetzgeber die entsprechende Normierungskompetenz für Qualitätsstandards – soweit der Gesetzgeber nicht selber abschließende Regelungen trifft – durchgängig auf den Gemeinsamen Bundesausschuss übertragen. Die von diesem festgesetzten Qualitätsstandards müssen sektorübergreifend formuliert werden und sowohl für die Leistungserbringung in den Kollektivverträgen als auch für die Leistungserbringung im Selektivvertragssystem gelten.

1 Einleitung

„Das parteiübergreifend vereinbarte GKV-Modernisierungsgesetz hat spürbare strukturelle Änderungen in der Gesundheitsversorgung über wettbewerbliche Anreize gebracht. Dieser Weg muss konsequent weitergegangen werden.“

Koalitionsvertrag von CDU/CSU und SPD vom 11. November 2005

Die Diskussion um die Gesundheitsreform war in der Großen Koalition lange von Finanzierungsfragen geprägt. Unabhängig von der Art der Finanzierung gibt es jedoch auch auf der Leistungsseite in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) erheblichen Reformbedarf. Hier geht es vor allem darum, Leistungsanbietern und Krankenkassen mehr wettbewerbliche Anreize und Handlungsspielräume zu geben. Dieses haben SPD und CDU/CSU erkannt und eine konsequente wettbewerbliche Weiterentwicklung der GKV vereinbart.

Das vorliegende Gutachten hat das Ziel, den Gesetzgeber bei der Umsetzung dieser Vereinbarung zu unterstützen. Ein Teil der beteiligten Gutachter hat vor der Verabschiedung des GKV-Modernisierungsgesetzes (GMG) bereits ein konsistentes Reformmodell für die Förderung von Vertragswettbewerb zur Verbesserung der Qualität und Wirtschaftlichkeit in der gesundheitlichen Versorgung vorgelegt (*Ebsen et al. 2003*) Dieses Reformmodell beruht auf einer langfristigen Zielvorstellung, in der Leistungsanbieter und Krankenkassen ausschließlich auf der Basis von Selektivverträgen miteinander kontrahieren, und analysiert die dazu notwendige Wettbewerbsordnung.

Der vollkommen selektivvertraglich organisierte Markt zwischen Leistungsanbietern und Krankenkassen sollte das langfristige Ziel aller Strukturreformen des GKV-Systems sein. Dementsprechend hat der

Gesetzgeber durch das GMG von 2003 eine Reihe zusätzlicher Möglichkeiten zum Abschluss von Selektivverträgen geschaffen (z. B. in der hausarztzentrierten Versorgung) oder den Abschluss von Selektivverträgen deutlich erleichtert (z. B. in der integrierten Versorgung). Dennoch bleibt die selektivvertragliche Dynamik hinter den Reformanfordernissen und insbesondere auch hinter den Erwartungen des Gesetzgebers zurück.

Vor diesem Hintergrund beschäftigt sich dieses Gutachten in erster Linie mit einer Analyse der bisherigen gesetzlichen Regelungen, die Selektivverträge ermöglichen, und entwickelt konkrete Vorschläge – bis hin zu konkreten Vorschlägen für Gesetzesänderungen – wie diese gesetzlichen Regelungen so modifiziert werden können, dass mehr selektivvertragliche Dynamik entsteht.

Der Aufbau des Gutachtens ist wie folgt: In *Kapitel 2 „Reformoption Vertragswettbewerb“* werden die grundsätzlichen wettbewerblichen Defizite in der Vertragsbeziehung zwischen Leistungsanbietern und Krankenkassen analysiert, Wege zur Transformation des Kollektivvertragssystems zum Selektivvertragssystem diskutiert und die bisherigen gesetzgeberischen Schritte zur Förderung von Selektivverträgen präsentiert. In *Kapitel 3 „Darstellung und Bewertung vorhandener Instrumente für selektive Verträge“* werden systematisch alle gesetzlichen Regelungen zur Förderung von Selektivverträgen zusammengetragen und im Hinblick auf die durch diese Regelungen ausgelöste selektivvertragliche Dynamik bewertet. *Kapitel 4 „Weitere Schritte auf dem Weg zu mehr Vertragswettbewerb“* beruht auf der Mängelanalyse des vorherigen Abschnitts und entwickelt konkrete, vom Gesetzgeber kurzfristig umsetzbare Vorschläge zur nachhaltigen Verstärkung der selektivvertraglichen Dynamik in der gesetzlichen Krankenversicherung.

2 Reformoption Vertragswettbewerb

In der anhaltenden Diskussion um eine grundlegende Reform des deutschen Gesundheitswesens stand die Finanzierung des Systems der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) lange im Vordergrund. Ohne ergänzende Reformen zur Neugestaltung der Leistungserbringung bliebe das Reformwerk jedoch unvollständig und würden die beklagten Mängel in der Versorgung mit Gesundheitsleistungen nicht behoben. Denn zur Vermeidung von Qualitätsdefiziten und Unwirtschaftlichkeiten würde die Umstellung der Finanzierungs- und Organisationsgrundlagen auf Seiten der Versicherungsträger allein keine geeigneten Instrumente schaffen. Soll das Leistungsgeschehen medizinisch effektiver, wirtschaftlich effizienter und patientengerechter werden, ist die überbordende staatliche und korporatistische Regulierung mit ihren mannigfaltigen Fehlsteuerungen zugunsten eines intensiven Wettbewerbs in allen Bereichen des Gesundheitswesens zu überwinden. Dabei geht es um eine genuine ordnungspolitische Aufgabe, nämlich die mit dem Gesundheitsstrukturgesetz (GSG) von 1992 ansatzweise etablierte „Solidarische Wettbewerbsordnung“ konsequent weiter auszubauen, das GKV-System weitestgehend der Selbststeuerung zu überantworten und die Gesundheitspolitik vom Zwang zu ständigen interventionistischen Eingriffen zu befreien (*Gäfgen 1988; Wille 2000; Cassel 2002; Sauerland 2004*).

2.1 Wettbewerb und Wettbewerbsdefizit im GKV-System

In diesem Abschnitt werden zunächst die Funktionen von Wettbewerb im Gesundheitswesen analysiert. Es folgt die Darstellung der wettbewerbskonstituierenden Akteursbeziehungen, der relevanten Märkte und Wettbewerbsfelder sowie der Defizite auf dem GKV-Leistungsmarkt.

2.1.1 Wettbewerb als ordnungspolitisches Leitbild im Gesundheitswesen

Wettbewerb ist insbesondere für das Gesundheitswesen nicht als Selbstzweck, sondern um seiner Ergebnisse willen zu fordern. Er kann dort eine immer bessere Güterversorgung und Bedürfnisbefriedigung im Krankheitsfall zu bezahlbaren Preisen gewährleisten. Dies gelingt dadurch, dass Krankenversicherungen und Leistungserbringer im Wettbewerbsprozess dazu motiviert werden,

- die vertraglich oder gesetzlich vorgesehenen Gesundheitsleistungen nach Art und Qualität den Patientenbedürfnissen entsprechend bereitzustellen und sich durch ständige Leistungssteigerungen am Markt zu behaupten (Anreiz- und Kontrollfunktion);
- effektive Angebotsstrukturen zu entwickeln, die Produktionsfaktoren effizient einzusetzen und Gesundheitsleistungen möglichst wirksam und kostengünstig zu erbringen (Allokationsfunktion);
- medizinische, technische und organisatorische Innovationen einzuführen und dadurch die Patienten qualitativ immer besser oder effizienter zu versorgen (Innovationsfunktion); sowie

- die eingesetzten Produktionsfaktoren leistungsgerecht zu entlohnen und sich flexibel an medizinische, medizintechnische, ökonomische und politische Datenänderungen anzupassen (Verteilungs- und Anpassungsfunktion).

Diese Wettbewerbsfunktionen werden in einem Prozess erfüllt, der durch das Handeln jener Marktakteure in Gang gehalten wird, die ihre Marktposition als unbefriedigend empfinden und deshalb Kosten und Preise senken, Qualitäten verbessern, neue Produkte hervorbringen, neue Märkte erschließen usw. Es ist der „Pionierunternehmer“, der mit solchen Innovationen einen gewinnträchtigen Wettbewerbsvorsprung zu erreichen sucht oder Innovationen spontan imitiert und aus der Imitation heraus eigene innovatorische Vorstöße schafft. In diesem Wechselspiel von Innovation und Imitation werden Leistungen von heute zu den „Ladenhütern“ von morgen und schmilzt der gerade erzielte „Pioniergewinn“ unter der Rivalität der Imitatoren rasch dahin. Der Wettbewerb ist somit ein evolutorischer Prozess der „schöpferischen Zerstörung“ (Schumpeter) und damit zugleich ein äußerst effizientes „Entdeckungsverfahren“ (von Hayek) für neue Problemlösungen.

Ein so verstandener Wettbewerb kennt keinen Stillstand und keine unangreifbaren Besitzstände. Ständig werden erworbene Marktpositionen, Angebots- und Nachfragestrukturen oder Formen der Leistungserbringung durch Wettbewerbsvorstöße angegriffen und in Frage gestellt, was die betroffenen Marktakteure im konkreten Einzelfall immer wieder zu verhindern suchen. Der Staat hat deshalb die Aufgabe, dem wettbewerbsbeschränkenden Verhalten und der Monopolisierung von Märkten – d. h. der Bildung und dem Missbrauch von Marktmacht – wirksam entgegenzutreten. Auch hat er durch eine adäquate Marktverfassung dafür zu sorgen, dass Wettbewerb über-

haupt zustande kommt – wie dies z. B. durch die Freigabe der Kas- senwahl in der GKV seit 1996/97 der Fall war. Soll er nicht zu einem funktionslosen „Pseudowettbewerb“ mit Werbekampagnen, Neben- leistungen u. ä. verkommen, müssen den Marktakteuren außerdem Handlungsfreiheiten im Gebrauch von Wettbewerbsparametern – z. B. Vertragsfreiheit zur Gestaltung der Erbringung und Vergütung von Gesundheitsleistungen – gewährt werden.

Dynamische, auf Innovation und Fortschritt gerichtete Wettbewerbs- prozesse können nur dann funktionsfähig sein, wenn sie durch Wett- bewerbsregeln adäquat verfasst sind. Hierbei ist insbesondere zu be- achten, dass der Wettbewerb nur dann zu den gewünschten Ergeb- nissen führt und auf Dauer vor selbstzerstörerischen Monopolisie- rungstendenzen geschützt ist, wenn er unter institutionellen Bedin- gungen abläuft, die den Wettbewerbern gleiche Chancen gewähren und Mitkonkurrenten nicht diskriminieren. Deshalb ist es in der GKV, in der die Krankenkassen keine risikoäquivalenten Prämien kalkulie- ren dürfen („Diskriminierungsverbot“), sondern dem Solidarprinzip entsprechend unabhängig von Alter, Geschlecht, Familienstand und Morbidität ihrer Mitglieder einheitliche Beiträge erheben müssen, notwendig, den Wettbewerb der Kassen um Versicherte durch einen adäquat ausgestalteten Risikostrukturausgleich (RSA) so zu konditio- nieren, dass er nicht zu einer Konkurrenz um „gute Risiken“ entartet; denn eine derartige Risikoselektion würde nicht nur die gesundheits- politisch erwünschten Wettbewerbsergebnisse beeinträchtigen, son- dern auch den Wettbewerb selbst durch Monopolisierungstendenzen gefährden (*Cassel 2006*). Wenn den Krankenkassen zusätzliche Wett- bewerbsparameter, etwa durch erweiterten Möglichkeiten zum Ver- tragswettbewerb, eröffnet werden, gewinnt die Notwendigkeit eines adäquat ausgestalteten RSA zusätzliche Bedeutung: Denn die zusätz- lichen Freiräume in den Vertragsbeziehungen zu den Leistungserbrin-

gern können grundsätzlich auch zur Risikoselektion genutzt werden, z. B. indem die Verträge so ausgestaltet werden, dass die Krankenkasse für chronisch kranke Versicherte nicht interessant ist. Erforderlich ist daher, den RSA morbiditätsorientiert weiterzuentwickeln, wie der Gesetzgeber dies mit der RSA-Reform bereits beschlossen, die Bundesregierung bislang jedoch noch nicht umgesetzt hat.

2.1.2 Wettbewerbskonstituierende Akteursbeziehungen

Im bestehenden GKV-System erschöpfen sich die Beziehungen zwischen Versicherten und Krankenkassen nicht in bloßen Geldtransfers und den zu ihrer Finanzierung erhobenen Beiträgen. Die Versicherten erwarten vielmehr die im „Schadensfall“ einer Krankheit notwendigen Versorgungsleistungen, die überwiegend nach dem „Sachleistungsprinzip“ gewährt werden. Diagnose und Therapie von Krankheiten erfordern dabei den Einsatz erheblicher Ressourcen (Arbeit und Kapital), an dem Millionen von Leistungserbringern beteiligt sind, und der zu einer gesamtwirtschaftlich nicht unbeachtlichen Wertschöpfung beiträgt. Dieses „Leistungsgeschehen“ mit seinem komplexen Beziehungsgeflecht wettbewerblich zu steuern, kann jedoch nicht bedeuten, den einzelnen Versicherten in die Rolle eines gewöhnlichen Nachfragers auf Waren- und Dienstleistungsmärkten zu versetzen, der sich im Krankheitsfall erst möglichst umfassend über Art, Umfang, Qualität, Verfügbarkeit und Preis der angebotenen Leistungen informiert und dann seinen Präferenzen gemäß entscheidet.

Ein Grund dafür liegt darin, dass die für rationale Entscheidungen im Krankheitsfall notwendigen Informationen zwischen den Patienten und Leistungsanbietern extrem asymmetrisch verteilt sind. So verfügt der behandelnde Arzt in aller Regel gegenüber seinem Patienten über

einen beträchtlichen Wissensvorsprung, den er gegebenenfalls auch zu seinem wirtschaftlichen Vorteil in Form von „angebotsinduzierter Nachfrage“ nutzen kann. Andererseits besitzt der behandelnde Arzt unter Umständen nur unzureichende Informationen über das behandlungsbegleitende Verhalten des Patienten („Compliance“), das für den Erfolg der Behandlung förderlich oder abträglich sein kann. Der Patient ist daher gleichzeitig Konsument und Mitproduzent der ärztlichen Leistung. Hinzu kommt, dass kranke Versicherte durchaus andere Präferenzen haben als Gesunde und beide Gruppen von Versicherten dazu tendieren, ihre Interessen jeweils zu Lasten der anderen Gruppe durchzusetzen. Dies ist ein krankenversicherungsspezifisches „Governance-Problem“, das durch institutionelle Regelungen wie die eindeutige Festlegung der Leistungsansprüche und standardisierte Informationen über das Leistungsangebot gelöst werden muss.

Asymmetrische Informationsverteilung, Informationsdefizite und Governance-Probleme sowie die daraus resultierenden Interessenkonflikte sind jedoch nicht auf die zentrale Beziehung zwischen Arzt und Patient beschränkt. Sie bestehen vielmehr auch zwischen Patient und allen anderen Leistungserbringern und den Leistungserbringern untereinander – z. B. im konkreten Behandlungsfall zwischen Haus- und Facharzt oder zwischen Einweisungsarzt und Krankenhaus. Derartige Konstellationen lassen sich aus institutionenökonomischer Sicht als so genannte „Prinzipal-Agent-Beziehungen“ interpretieren (*siehe Abbildung 1*). Hiernach ist der einzelne Versicherte bzw. Patient der „Prinzipal“ (Auftraggeber), der sich vorübergehend oder dauerhaft der Dienste eines besser informierten „Agenten“ (Sachwalter) bedient. Gerade wegen seines Informationsvorsprungs kann der Agent die Interessen seines Prinzipals besser wahrnehmen als dieser selbst – und wird dies bei entsprechenden Anreizen und Kontrollen auch tun.



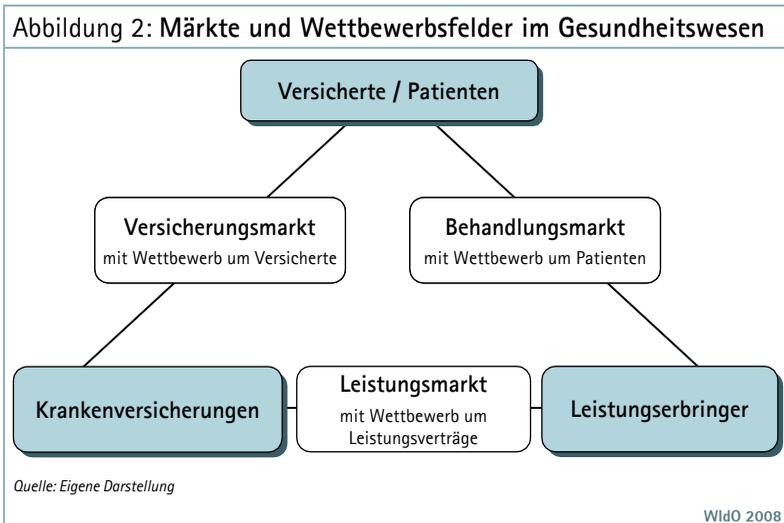
So haben Krankenversicherungen gegenüber den Versicherten generell einen Informationsvorsprung hinsichtlich der Qualität und Preiswürdigkeit der potenziell im Krankheitsfall benötigten Leistungen – oder können sich diesen vergleichsweise leicht und kostengünstig verschaffen. Die Versicherten können diesen Informationsvorsprung nutzen, indem sie die Krankenversicherung ihrer Wahl „beauftragen“, qualifizierte und preiswürdige Leistungserbringer auszuwählen und unter Vertrag zu nehmen. Diese müssten Gewähr dafür bieten, dass der Versicherte im Krankheitsfall eine effektive und effiziente Versorgung ohne Wartezeiten erhält. Selbstverständlich muss das Leistungsversprechen der Krankenversicherung zugleich in einem akzeptablen

Verhältnis zum geforderten Beitrag stehen; anderenfalls würden die Versicherten zu einer anderen Versicherung mit günstigerem Preis-Leistungs-Verhältnis wechseln. Die Krankenversicherung wird so zum „Sicherstellungsagenten“ ihrer Versicherten und muss bestrebt sein, die von ihr vorzuhaltenden Versorgungsstrukturen als „Systemmanager“ aktiv mitzugestalten (*siehe Abbildung 1*).

Werden Krankenversicherte zu Patienten, kommt eine weitere Prinzipal-Agent-Beziehung hinzu: Der Informationsvorsprung der Leistungserbringer, insbesondere des behandelnden Arztes, gegenüber dem Patienten prädestiniert sie zu seinen natürlichen Sachwaltern. Von ihnen erwartet der Patient eine effektive Behandlung, die sich an den diagnostischen und therapeutischen Notwendigkeiten des Einzelfalls und nicht an wirtschaftlichen Gesichtspunkten orientiert. Notwendige Bedingung für den ärztlichen Behandlungserfolg und die gesundheitsfördernde Compliance des Patienten als „Selbstmanager“ ist dabei eine vertrauensvolle Arzt-Patient-Beziehung. Diese wird sich nur dann einstellen, wenn der Patient den Arzt seines Vertrauens frei wählen kann. Dem würde nicht entgegenstehen, wenn der Versicherte seine Arztwahlmöglichkeiten zuvor durch die Entscheidung für eine bestimmte, von seiner Krankenversicherung angebotene Versorgungsform – z. B. Patientenführung durch den Hausarzt oder Einschreibung in ein Disease-Management-Programm (DMP) – auf die dabei unter Vertrag genommenen Ärzte beschränkt hat. Ärzte und übrige Leistungserbringer werden also im Krankheitsfall zum „Behandlungsagent“ ihrer Patienten und müssen sich diesen gegenüber als „Fallmanager“ bewähren (*siehe Abbildung 1*).

2.1.3 Märkte und Wettbewerbsfelder

Aus diesen institutionenökonomisch begründbaren Akteursbeziehungen lassen sich die drei zentralen Märkte und Wettbewerbsfelder des Gesundheitswesens ableiten (siehe Abbildung 2):



- **Behandlungsmarkt** – auf ihm konkurrieren die Leistungserbringer vorwiegend mit der Art und Qualität ihrer Leistungen um Patienten, die ihnen (im Rahmen des Sachleistungsprinzips) Ansprüche auf Leistungsentgelte gegenüber den Krankenversicherungen verschaffen. Auch wenn berufsrechtliche Beschränkungen zur Eigenwerbung von Ärzten und Krankenhäusern heute geringer als früher sind, bleibt doch das Problem, dass Informationen über deren Leistungsangebot, fachliche Befähigung, Qualitätssicherung usw. selten offen und verlässlich zugänglich sind, sondern meist mittels

„Mund-zu-Mund-Propaganda“ weitergegeben werden. Dadurch bleibt die wahre Qualität der angebotenen Gesundheitsleistungen vielfach im Dunkeln, und der Patient kann nicht immer sicher sein, dass der von ihm in Anspruch genommene Leistungserbringer ein idealer Behandlungsagent und qualifizierter Fallmanager ist. Würden die Krankenversicherungen als Versorgungsagent ihrer Versicherten die Leistungserbringer selektiv unter Vertrag nehmen und sie ihnen als „Preferred Provider“ empfehlen können, müssten sich insbesondere Ärzte und Krankenhäuser um mehr Qualität und Transparenz in der Leistungserbringung bemühen. Schließlich wären sie ständig von der Kündigung ihrer Versorgungsverträge bedroht, so dass sie sich im wohlverstandenen Eigeninteresse in den Dienst ihres „Prinzipals“ stellen, qualitativ einwandfreie Leistungen erbringen und auf unnötige Diagnose- und Behandlungsschritte verzichten würden.

- **Versicherungsmarkt** – auf ihm konkurrieren die Krankenversicherungen mit unterschiedlichen Organisationsformen der Leistungserbringung, mit Serviceleistungen und insbesondere mit der Höhe ihrer Beitragssätze um die Versicherten. Dagegen ist der Leistungsumfang, der allen GKV-Versicherten eine bedarfsgerechte, ausreichende, zweckmäßige und das Maß des Notwendigen nicht überschreitende Versorgung im Krankheitsfall garantiert (§ 12 Abs. 1 SGB V) für alle Krankenkassen gleichermaßen verbindlich und ausdrücklich nicht Gegenstand des Kassenwettbewerbs auf dem Versicherungsmarkt. Dennoch liegt seit Freigabe der Kassenwahl in 1996/97 ein erheblicher Wettbewerbsdruck auf den Kassen. Er zwingt sie, sich zu kundenfreundlichen Dienstleistern zu entwickeln und insbesondere ihre Beitragssätze wettbewerbsfähig zu halten. Der Versicherungsmarkt ist durch adäquate Regulierung so zu gestalten, dass die Konkurrenz der Krankenkassen zu Verbesserungen in Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung führt

und nicht in Bemühungen um Risikoselektion mündet; die Umsetzung des vom Gesetzgeber 2001 beschlossenen morbiditätsorientierten RSA ist hierfür eine grundlegende Voraussetzung.

- **Leistungsmarkt** – auf ihm würden die Krankenversicherungen als Sicherstellungsagent und Systemmanager ihrer Versicherten einerseits und die Leistungserbringer als Behandlungsagent und Fallmanager ihrer Patienten andererseits um die Vergabe von Versorgungsaufträgen konkurrieren, wenn nicht das dichte Netz der normativen Vorgaben im derzeitigen GKV-System wie ein weitgehender „Kontrahierungszwang“ zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern bzw. ihren Verbänden wirken würde. Die Kassen haben nämlich zur Erbringung der ambulanten und stationären Sachleistungen grundsätzlich den zugelassenen Leistungserbringer zu akzeptieren und zu vergüten, den sich der Versicherte im Krankheitsfall aussucht. Bei der ambulanten ärztlichen Behandlung ist das Leistungserbringungsverhältnis darüber hinaus noch durch die Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) mediatisiert, indem diese als Gegenleistung für die von den Kassen gezahlte Gesamtvergütung die Gewährleistung für eine ordnungsgemäße Versorgung übernehmen („Sicherstellungs- und Gewährleistungsauftrag“ gem. § 75 SGB V). Normalerweise wird somit im Rahmen dieses so genannten „Zulassungsmodells“ somit verhindert, dass einzelne Krankenkassen mit einzelnen oder Gruppen von Leistungserbringern Verträge über die Gestaltung und Vergütung von Gesundheitsleistungen schließen („selektives Kontrahieren“) und in einen Wettbewerb um Leistungsverträge eintreten können.

Während also der Behandlungs- und Versicherungsmarkt schon im bestehenden GKV-System wettbewerblich geordnet sind und den Akteuren jeweils gewisse Handlungsspielräume zur individuellen Gestaltung ihrer spezifischen Akteursbeziehungen gewähren, lässt

sich der GKV-Leistungsmarkt nach wie vor als ein „wettbewerblicher Ausnahmebereich“ kennzeichnen: Auf ihm findet praktisch kein Wettbewerb statt (*siehe Abbildung 3*) – weder zwischen den Kassen untereinander um geeignete Leistungserbringer einerseits, noch zwischen den zugelassenen oder gar nicht zugelassenen, aber zulassungsfähigen Leistungserbringern um Leistungsaufträge der Krankenkassen andererseits, sieht man einmal von den nach dem GMG seit 2004 gegebenen Möglichkeiten zur selektivvertraglichen Gestaltung z. B. im Bereich der hausarztzentrierten und integrierten Versorgung ab (*siehe Kapitel 3 „Darstellung und Bewertung vorhandener Instrumente für selektive Verträge“*). Dadurch wird nicht nur die Chance vertan, durch Vertragswettbewerb auf dem Leistungsmarkt unmittelbar eine effektivere und effizientere Versorgung im Krankheitsfall zu erreichen, sondern es werden auch die Wettbewerbsfunktionen auf dem Versicherungs- und Behandlungsmarkt beeinträchtigt: Denn die Märkte und Wettbewerbsfelder im Gesundheitswesen (*siehe Abbildung 2*) stehen in einem engen funktionalen Zusammenhang. Dieser Zusammenhang bewirkt, dass Einschränkungen bei den individuellen Handlungsspielräumen bzw. Wettbewerbsparametern auf einem Markt entsprechende Einschränkungen auf den jeweils anderen Märkten nach sich ziehen und die Intensität des Wettbewerbs insgesamt verringern.

2.1.4 Wettbewerbsdefizite auf dem GKV-Leistungsmarkt

Die Kassenseite ist im derzeitigen GKV-System rechtlich verpflichtet, bei den Vereinbarungen mit den Kassenärztlichen und Kassenzahnärztlichen Vereinigungen entweder auf Kassenartenebene oder gar kassenartenübergreifend „gemeinsam und einheitlich“ vorzugehen. Am Kartellrecht gemessen, ist diese Verpflichtung wettbewerbswidrig.

Denn Wettbewerb auf dem Leistungsmarkt verlangt, dass die Kassen Versorgungs- und Vergütungsformen mit den Leistungserbringern frei vereinbaren und sich im Wechselspiel von Innovation und Imitation bewähren können. Deshalb entspricht es auch nicht den Wettbewerbserfordernissen auf dem Leistungsmarkt, wenn die Krankenhausesellschaften als Interessenvertretung der Krankenhäuser auf Landesebene bei der Krankenhausplanung mitwirken, Rahmenvereinbarungen mit den Krankenkassenverbänden schließen und an der Entwicklung einheitlicher Entgeltsysteme in der stationären Versorgung maßgeblich beteiligt sind. Solange der Sozialgesetzgeber Kassen und Leistungserbringer zur Bildung von Verbändekartellen zwingt und diesen ein Vertrags- und Vergütungsmonopol einräumt, findet auf dem Leistungsmarkt kein Wettbewerb um kassen- und versorgerindividuelle Leistungsverträge statt (*siehe Abbildung 3*).

Der Sozialgesetzgeber müsste deshalb die Verpflichtung der Kassen, Ärzte und Krankenhäuser zum Abschluss von Kollektivverträgen auf der operativen Ebene aufheben und den Beteiligten weitgehend Freiheit zu selektivem Kontrahieren gewähren. Nur dann könnten die Kassen ihre Sachwalterrolle gegenüber den Versicherten wahrnehmen und in deren Interesse medizinische und wirtschaftliche Gestaltungsziele verfolgen, eine qualitativ hochwertige und kostengünstige Leistungserbringung gewährleisten, den Beitragssatz konkurrenzfähig halten und sich mit alledem gegenüber ihren Versicherten profilieren. Dazu bedarf es zwar eines gesetzlich vorgegebenen, für alle Kassen gleichen Leistungsrahmens, nicht aber wie bisher einheitlicher administrativ vorgegebener und kollektivvertraglich vereinbarter Detailregulierungen des Leistungsgeschehens.



Weitgehende Rechte zu selektivem Kontrahieren vorausgesetzt, würden die Kassen einerseits mit der Zeit spezifische, für sie typische und unverwechselbare Versorgungsstrukturen aufbauen; andererseits könnten neue Gesundheitsunternehmen oder Versorgungsnetze entstehen, in denen sich Arztpraxen, Krankenhäuser, Rehabilitations-, Präventions- und Pflegeeinrichtungen, Apotheken, Optiker usw. zusammenschließen und untereinander um Verträge zur Erbringung

ihrer Leistungen für einzelne Kassen konkurrieren (*Augurzky et al. 2005; Cassel 2005; Ernst & Young AG 2005; Kassenärztliche Bundesvereinigung 2006*). In jedem Falle erhielten die Kassen dadurch Einfluss auf die Struktur und Vergütung des Leistungsgeschehens – wie auch den Leistungserbringern freistünde, sich neu zu organisieren und den Kassen gegenüber Versorgungsleistungen anzubieten. Denn die Vertragsinhalte könnten sich sowohl auf komplexe medizinische Leistungsangebote, kooperative Versorgungsformen, besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden und anzuwendende Therapie-standards als auch auf Vergütungsformen und Preise von Leistungen, Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln beziehen. Entscheidend ist dabei, dass der Wettbewerb auch hier als Entdeckungsverfahren genutzt wird, innovative Lösungen eine Chance bekommen und sich letztlich diejenigen Versorgungsstrukturen durchsetzen, die von den Versicherten in Wahrnehmung ihrer Kassen- und Tarifwahlfreiheit bevorzugt werden.

2.2 Alternative Reformstrategien auf dem Weg zu mehr Vertragswettbewerb

Die Partner der Großen Koalition von CDU/CSU und SPD haben in ihrem Koalitionsvertrag vom 11. November 2005 vereinbart, das GKV-System künftig stärker wettbewerblich auszurichten. Sie haben damit anerkannt, dass durch wettbewerbliche Such- und Entdeckungsverfahren Qualität und Wirtschaftlichkeit der Gesundheitsversorgung nachhaltig verbessert werden können. Der Koalitionsvertrag lässt jedoch offen, wie dieses Ziel erreicht werden soll. Denkbar wäre, das gewachsene administrativ und kollektivvertraglich gesteuerte GKV-System durch eine radikale Schocktherapie oder schrittweise zu transformieren, oder aber den Übergang vom Status quo in einen

stärker vertragswettbewerblich geordneten Leistungsmarkt dem Wettbewerb zwischen kollektiv- und individualrechtlich geregelten Teilsystemen zu überlassen.

2.2.1 Schock- versus Schrittstrategie

Welche konkrete Reformstrategie auch immer verfolgt wird, der Sozialgesetzgeber hat die bestehende Hierarchie der Steuerungskompetenzen und ihre vertragsrechtliche Ausgestaltung im GKV-System (*siehe Abbildung 4*) in Rechnung zu stellen und muss sich nach Steuerungsebenen und -instrumenten sowie in inhaltlicher und zeitlicher Hinsicht für eine Schrittfolge der Transformation entscheiden (*Sundmacher 2005*). So ergibt sich das Wettbewerbsdefizit auf dem GKV-Leistungsmarkt ja gerade daraus, dass das SGB V die Steuerungskompetenz für das Leistungsgeschehen prioritär auf die Meso-Ebene legt, indem es insgesamt mehr als 40mal die Kassen und Leistungserbringer bzw. ihre Verbände auf Bundes- und Länderebene zum „gemeinsamen und einheitlichen“ Handeln verpflichtet und damit die kollektivvertragliche Gestaltung der Versorgungsabläufe zur Regel macht.

Die Reformstrategie einer radikalen Schocktherapie („Big Bang“ bzw. „große Transformation“) würde bedeuten, die korporatistische Handlungsverpflichtung komplett in einem Reformschritt zu streichen und durch eine Generalmächtigung für einzelne Kassen und Leistungserbringer zum Abschluss selektiver Verträge zu ersetzen. Hierdurch würde die Steuerungskompetenz schlagartig von der Meso- auf die Mikroebene verlagert, freilich nicht ohne zuvor eine sorgfältige Abwägung darüber vorzunehmen, welche Problembereiche – wie z. B. die Gewährleistung von Notdiensten, Leistungsangeboten in struktur-

Abbildung 4: Hierarchie der Steuerungskompetenzen im GKV-System

Steuerungsebene	Steuerungsinstrument	Steuerungsgegenstände
Makroebene: Staat (Bund, Länder, Gemeinden, Gemeindeverbände, Körperschaften des Öffentlichen Rechts)	Gesetze, Verordnungen, Budgets, Pläne etc.	Gesundheitspolitische Ziele, Leistungsumfang, Leistungsart, Finanzierung, Zuzahlungen, Bedarfsplanung etc.
Meso-Ebene: Verbände (Kassen, Ärzte, Krankenhäuser, Arzneimittelhersteller, Apotheken, Versicherte/Patienten)	Kollektivverträge, Beschlüsse und Empfehlungen von Ausschüssen, Runden Tischen, Konzertierten Aktionen etc.	Leistungsformen, Honorierungsformen, Disease-Management-Programme, Integrierte Versorgung, Festbetragsgruppen, Festbeträge etc.
Mikroebene: Einzelakteure (Einzelne Kassen, Ärzte, Gemeinschaftspraxen, Krankenhäuser, Reha-Kliniken, Medizinische Versorgungszentren, Arzneimittel-, Heil- und Hilfsmittelhersteller, Apotheken, Arzneimittelgroßhändler und ihre Interessenvertretungen, Versicherte/Patienten)	Individualverträge (selektives Kontrahieren) zwischen allen Beteiligten auf allen Versorgungsebenen, Vertragswettbewerb auf dem Versicherungs- und Versorgungsmarkt	Preise, Mengen, Qualitäten, Versicherungs- und Leistungsformen, Managed-Care-Modelle, Honorierungsformen etc.

Quelle: Eigene Darstellung

WIdO 2008

schwachen Regionen oder einheitlichen Qualitätsstandards – eine Minimalagenda GKV-einheitlicher Regelungen auf der Meso- oder Makroebene erforderlich machen. Dagegen würde eine schrittweise angelegte Reformstrategie („Piecemeal Reforms“ bzw. „kleine Transformation“) an den bereits partiell dem Vertragswettbewerb geöffneten Versorgungsbereichen – wie z. B. der hausarztzentrierten Versorgung (§ 73b SGB V), der ambulanten Behandlung im Krankenhaus (§ 116b SGB V) oder der integrierten Versorgung (§ 140a ff. SGB V) –

ansetzen und durch weitergehende Öffnungsmodalitäten dem selektiven Kontrahieren inhaltlich und zeitlich gesehen einen immer breiteren Spielraum eröffnen (*Schönbach 2002; Ebsen 2004; Jacobs/Schulze 2004; Sundmacher 2004; Sundmacher/Sundmacher 2004*).

Schock- und Schrittstrategie unterscheiden sich nicht nur wesentlich hinsichtlich ihrer inhaltlichen und zeitlichen Dimension, sondern auch in ihren absehbaren Konsequenzen für das GKV-System. So spricht das konservative Beharrungsvermögen der Akteure im Gesundheitswesen für eine unumkehrbare Big-Bang-Strategie, die schlagartig neue Rahmenbedingungen für freivertragliches Handeln setzt und zu rascher Anpassung zwingt. Damit wächst freilich auch das Risiko, die Transformation nicht mehr in geordneten Bahnen halten und gegebenenfalls unerwünschte Auswirkungen auf das Leistungsgeschehen rechtzeitig korrigieren zu können. Dagegen vermeidet die Schrittstrategie einen abrupten Systembruch, läuft damit aber Gefahr, dass die zeitlich gestaffelten Reformschritte auf den Widerstand der betroffenen Akteure stoßen und nicht weiter fortgesetzt oder schlimmstenfalls wieder rückgängig gemacht werden. Damit wäre das wettbewerbsorientierte Reformprojekt gescheitert oder allenfalls in Teilbereichen des Leistungsgeschehens wirksam – mit der absehbaren Folge, dass der bisher schon bestehende „Steuerungswirrwarr“ auf dem Leistungsmarkt noch weiter zunehmen und die gewünschten Verbesserungen von Qualität und Wirtschaftlichkeit der Gesundheitsversorgung ausbleiben würden.

2.2.2 Vertragssystemwettbewerb als Reformstrategie

Die Nachteile der Schock- und Schrittstrategie ließen sich möglicherweise vermeiden, wenn die Transformation selbst einer durch Wett-

bewerb ausgelöst und in Gang gehaltenen Eigendynamik überantwortet werden könnte. Hierzu wird in einem Gutachten von *Knappe/Schulz-Nieswandt (2003)* für die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) vorgeschlagen, das bisherige kollektivvertragliche GKV-System um einen selektivvertraglich ausgestalteten Teil für die „Integrierte Versorgung“ zu ergänzen, so dass eine grundsätzliche Wahlmöglichkeit für Versicherte, Kassen und Leistungserbringer zwischen zwei alternativ organisierten und vertraglich geregelten Versorgungssystemen bestünde. Hierdurch soll es zu einem „Vertragssystemwettbewerb“ kommen, in dem sich längerfristig je nach den Präferenzen und Wahlhandlungen der Akteure eines der beiden Vertragssysteme durchsetzen könnte. Es wäre aber auch nicht ausgeschlossen, dass sich keine der beiden Alternativen als überlegen erweist und somit Kollektiv- und Selektivvertragssystem ad infinitum nebeneinander fortbestehen.

Das Konzept der Gutachter sieht für die ambulante ärztliche Versorgung insgesamt drei Tariftypen vor: Die ersten beiden Tariftypen entsprechen der bisherigen kollektivvertraglichen Regelversorgung des GKV-Systems mit der Modifikation, dass im „Tariftyp 1“ der Direktzugang zu Fachärzten mit Kostenerstattung und im „Tariftyp 2“ ein Hausarztmodell nach dem Sachleistungsprinzip wählbar sein sollen. Für beide kollektivvertraglichen Tariftypen soll eine „gemeinsame Sicherstellungspraxis“ in der Verantwortung von Krankenkassen und KVen gelten. Alternativ dazu soll es einen frei wählbaren „Tariftyp 3“ geben, der im Wesentlichen den vor dem GMG bestehenden gesetzlichen Vorgaben zur Integrierten Versorgung (§§ 140a–c SGB V) nachgebildet ist. Kennzeichnend für diesen Tariftyp ist dementsprechend die integrierte, d. h. sektorübergreifende Leistungserbringung, das selektivvertragliche Kontrahieren zwischen einzelnen Kassen und Leistungserbringern, der vollständige Übergang des Sicherstellungs-

auftrags auf die vertragsschließenden Krankenkassen sowie die Budgettrennung zwischen der weiterhin kollektivvertraglich gesteuerten Regelversorgung und der selektivvertraglich organisierten integrierten Versorgung. In einer über das Status-quo-Zulassungsmodell hinausgehenden „progressiven Variante“ ihres Konzepts schlagen die Gutachter zudem vor, dass sich alle zur Regelversorgung zugelassen und zulassungsfähigen Leistungserbringer an der integrierten Versorgung beteiligen und Leistungsverträge mit den Kassen schließen können (*Knappe/Schulz-Nieswandt 2003, 46ff.*).

Dieses Konzept einer wettbewerbsgetriebenen Transformationsstrategie erscheint auf den ersten Blick als attraktive Alternative zur Schock- und Schrittstrategie, hält aber einer kritischen Detailanalyse kaum stand (*Cassel/Sundmacher 2005*). Der wohl gravierendste Einwand besteht darin, dass im Gegensatz zum Wettbewerb auf Gütermärkten oder einem Systemwettbewerb zwischen Jurisdiktionen die Ergebnisse des Vertragssystemwettbewerbs ganz oder gar von den wettbewerbsrelevanten Rahmenbedingungen abhängen, die vom Sozialgesetzgeber bzw. den Kollektivvertragsparteien anfangs auf der Makro- und Meso-Ebene (*siehe Abbildung 4*) gesetzt werden: Als „Sieger“ geht dann jenes Vertragssystem aus dem Wettbewerb hervor, das – beabsichtigt oder unbeabsichtigt – durch die institutionellen Vorgaben begünstigt wurde. Außerdem stellen sich gravierende praktische Probleme, für die entweder keine Lösung angeboten wird oder deren Lösung kaum möglich erscheint. So bleibt z. B. weitgehend ungeklärt, wie die externen Kosten der Sicherstellung zwischen den Tariftypen sachgerecht aufgeteilt werden könnten, wenn zwischen den kollektiv- und individualvertraglichen Versorgungssystemen Substitutionsbeziehungen bestehen, die zu permanenten Veränderungen der Marktanteile führen. Auch lässt sich im ergebnisoffenen Wettbewerbsprozess schwer beurteilen, ob sich im Erfolgsfall der

Tariftyp 3 wegen der Überlegenheit des selektiven Kontrahierens als Allokationsmechanismus oder wegen der Effektivität und Effizienz der Integrierten Versorgung durchgesetzt hat. Überhaupt erscheint es wenig plausibel, genau diese drei Tariftypen aus einer denkbaren Vielfalt von möglichen Alternativen auszuwählen und den Versicherten zur Verfügung zu stellen. Und schließlich bedarf auch das Konzept des Vertragssystemwettbewerbs wie die Schrittstrategie einer ständigen Nachjustierung des Ordnungsrahmens, die jedoch – wie schon angemerkt – nicht ergebnisneutral praktikierbar ist. Dies aber wäre eine notwendige Bedingung dafür, dass sich im selbst steuernden wettbewerbsgetriebenen Transformationsprozess letztendlich das leistungsfähigste und nicht etwa das institutionell am meisten begünstigte Vertragssystem durchsetzt.

2.2.3 Pragmatische Schrittstrategie als Lösungsweg

Hiernach gibt es ganz offensichtlich keinen „Königsweg“, der direkt vom Status quo des korporatistischen GKV-Systems zu einem sich selbst steuernden vertragswettbewerblichen Allokationsmechanismus auf dem Leistungsmarkt führt. In jedem Fall bedarf es zu Beginn des Transformationsprozesses gezielter gesundheitspolitischer Weichenstellungen, durch die ein hinreichend großer, rechtlich adäquat und ökonomisch anreizkompatibel gestalteter, zeitlich unbegrenzter und verlässlicher Handlungsspielraum für selektives Kontrahieren der individuellen Akteure geschaffen wird. Dabei hat der Sozialgesetzgeber dem Umstand Rechnung zu tragen, dass für eine mehr oder weniger lange Übergangszeit kollektiv- und selektivvertraglich geregelte Versorgungsbereiche nebeneinander fortbestehen werden. Hält der Sozialgesetzgeber an seiner erklärten Absicht fest, den Weg zu einer Steuerung der Gesundheitsversorgung über wettbewerbliche Anreize

konsequent weiterzugehen (*Koalitionsvertrag von CDU/CSU und SPD vom 11.11.2005*), kann er sich freilich nicht auf die anfängliche „Initialzündung“ für mehr Vertragswettbewerb beschränken, sondern muss auf deren Wirkungen gegebenenfalls korrigierend reagieren, vor allem aber die gewährten selektivvertraglichen Handlungsspielräume sukzessive weiter ausweiten, um am Ende des Transformationsprozesses einen konsistenten vertragswettbewerblichen Allokationsmechanismus auf dem GKV-Leistungsmarkt zu etablieren.

Ein solches pragmatisches Vorgehen folgt der Einsicht, dass wirtschaftspolitische Entscheidungen im Allgemeinen und gesundheitspolitische im Besonderen unter erheblicher Unsicherheit getroffen werden müssen und sich als unwirksam oder gar als falsch erweisen können. Deshalb rät die pragmatische Maxime insbesondere bei komplexen Strukturreformen eher zu einer „Politik der kleinen Schritte“ (Lindblom) bzw. zu „Piecemeal Social Engineering“ (Popper) – einem Vorgehen, das unkalkulierbare Risiken zu vermeiden sucht, einem klaren ordnungspolitischen Konzept folgt und auch den begrenzten Erfolg nicht gering schätzt. Dies bedeutet einerseits eine Absage an abrupte „holistische Experimente“ wie bei der Schockstrategie, andererseits aber auch den Verzicht auf einen wie immer gearteten, kaum diskriminierungsfrei und damit kaum funktionsfähig gestaltbaren Vertragssystemwettbewerb. Die Verfasser des vorliegenden Gutachtens haben sich deshalb klar für eine **pragmatische Schrittstrategie** als einen gangbaren und Erfolg versprechenden Lösungsweg entschieden, indem sie an den vom Sozialgesetzgeber seit 1997 schrittweise vorgenommenen Öffnungen des Kollektivvertragssystems für selektive Vereinbarungen anknüpfen und weitergehende Vorschläge für eine systematische, zeitlich gestaffelte Weiterentwicklung der „Reformoption Vertragswettbewerb“ machen.

2.3 Bisherige gesetzgeberische Schritte für mehr Vertragswettbewerb

Während die prinzipielle Wahlfreiheit der Versicherten hinsichtlich der Leistungserbringer schon seit langem die Bedingungen für einen wettbewerblich organisierten Behandlungsmarkt geschaffen hatte, ist der wettbewerblich organisierte Versicherungsmarkt jüngerer Datums. Seit dem Gesundheitsstrukturgesetz (GSG) vom 21.12.1992 (*BGBI. I, 2266*) ist Wettbewerb zwischen Krankenkassen ein durch den Gesetzgeber planvoll eingesetztes Steuerungsinstrument für die GKV. Mit diesem Gesetz wurde durch die weitgehende Öffnung von Krankenkassen und entsprechende Wahlfreiheit der Versicherten hinsichtlich der für sie zuständigen Kasse der Wettbewerb um Versicherte, den es zuvor schon zwischen Ersatzkassen und jeweils „eigentlich“ zuständigen Krankenkassen um Angestellte gegeben hatte, auf nahezu alle Versicherten und nahezu alle in einer Region auftretenden Kassen ausgeweitet. Das gilt insbesondere, nachdem sich auch Betriebs- und Innungskrankenkassen durch Satzungsbestimmungen nach § 173 Abs. 2 Nr. 4 SGBV zunehmend für die allgemeinen Wahlrechte der Versicherten geöffnet hatten. Zugleich wurde mit der Einführung des Risikostrukturausgleichs der – allerdings noch unvollkommene – Versuch unternommen, die Rahmenbedingungen des Wettbewerbs so zu gestalten, dass Risikoselektion möglichst kein lohnendes Ziel ist. Abgesehen davon, dass letzteres zunächst kaum und auch nach Nachbesserungen nur unzureichend gelungen ist (*Jacobs et al. 2002; Reschke et al. 2004; Höppner et al. 2006*), lässt sich feststellen, dass Wettbewerb der Kassen untereinander um Versicherte ein bestimmendes, das Verhalten der Kassen und ihrer Verbände prägendes Element der GKV geworden ist.

Die Einsicht, dass ohne Wettbewerb auch auf dem Leistungsmarkt auf Möglichkeiten der Verbesserung von Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung verzichtet wird, entwickelte sich schrittweise im Zuge der folgenden GKV-Reformen. Erste Ansätze zur Öffnung für selektive Vereinbarungen über die Leistungserbringung finden sich im Zweiten GKV-Neuordnungsgesetz (NOG) vom 23.6.1997 (*BGBl. I, 1520*). Dieses machte zum einen die Modellvorhaben nach §§ 63 ff. SGB V zu einem im Prinzip partielle Vertragsfreiheit ermöglichenden Instrument, die aber immer nur zeitlich begrenzt möglich waren. Zum anderen führte es die Strukturverträge nach § 73a SGB V ein, was ebenfalls die Option für selektive Gestaltungen ermöglichte. Allerdings waren beide Formen der Öffnung noch gänzlich von entsprechenden kollektiven Vereinbarungen abhängig (*siehe Abschnitt 3.3.1 „Modellvorhaben nach §§ 63–65 SGB V“ und Abschnitt 3.3.2 „Strukturverträge nach § 73a SGB V“*).

Erst im Gesetzgebungsverfahren zum GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000 vom 22.12.1999 (*BGBl. I, 2657*) wurde erstmals ein Zusammenhang zwischen solchen inhaltlichen Öffnungen gegenüber dem Kollektivsystem und Wettbewerb auch auf dem Leistungsmarkt hergestellt. In der amtlichen Begründung zum seinerzeitigen Koalitionsentwurf heißt es, es gehe darum „Qualität und Effizienz der Versorgung über den Wettbewerb zwischen den Krankenkassen und zwischen den Leistungserbringern zu stärken“. Dazu würden „für die Krankenkassen und die Leistungserbringer (...) die Möglichkeiten erweitert, die Grenzen bisheriger bereichsspezifischer Strukturen zu überwinden und sich auf medizinische Aspekte der Versorgung zu konzentrieren“ (*BT-Drs. 14/1245, 1*). Auch wenn dieser Aspekt in der weiteren Begründung und im Gesetzgebungsverfahren nicht vertieft wird, ist doch klar, dass das zentrale durch das GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000 eingeführte Instrument zur Überwin-

derung von Grenzen bisheriger bereichsspezifischer Strukturen, die integrierte Versorgung nach den §§ 140a ff. SGB V mit im Prinzip schon in ihrer damaligen Gestalt weitgehend frei aushandelbaren Sonderbeziehungen zwischen Kassen und Gruppen von Leistungserbringern, auch einen Wettbewerbsbezug hatte. In der konkreten Umsetzung ist dieser Wettbewerbsbezug allerdings weitgehend wieder verloren gegangen (*siehe die amtliche Begründung – BT-Drs. 14/1245, 92 zu § 140b Abs. 2 – wo sogar als „wünschenswert“ bezeichnet wird, dass Verträge über integrierte Versorgung gemeinsam und einheitlich ausgehandelt werden*).

Auch bei weiteren Instrumenten gab es eine gewisse Öffnung. So wurde durch das GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000 die vorherige enge Bindung von Modellvorhaben an Verträge mit KVen und der KBV nach § 64 SGB V gelockert. Hingegen ist der Gesetzgeber für die integrierte Versorgung bei der Dominanz des kollektiven Konzepts geblieben, indem – jedenfalls, soweit es um die ambulante Versorgung ging – wesentliche Gestaltungselemente nur aufgrund eines Rahmenvertrages als Teil des Bundesmantelvertrages und damit nur auf der Basis kollektiver Einigung oder Schlichtung geschlossen werden konnte. Dies gab der KBV, also gewissermaßen der prinzipiellen institutionellen Alternative zum System eines offenen Wettbewerbs im Leistungsmarkt, eine faktische Vetoposition. Insofern ist es nicht verwunderlich, dass die integrierte Versorgung zunächst kaum eine praktische Rolle im Versorgungsgeschehen spielte.

Eine stärkere Umgestaltung in Richtung auf Wettbewerb im Leistungsmarkt hat erst das GKV-Modernisierungsgesetz (GMG) vom 14.11.2003 (*BGBI. I, 2190*) gebracht, das durch Änderung der Vorschriften über die integrierte Versorgung sowie die Einführung und Änderung weiterer Vertragsmöglichkeiten eine ganze Anzahl von

Optionen für selektives Vertragshandeln von Kassen und Leistungserbringern oder von Gruppen derselben geschaffen bzw. identitätsverändernd umgestaltet hat. Diese stellen den rechtlichen Rahmen dar, um Wettbewerb in den Beziehungen zwischen Kassen und Leistungserbringern auszulösen – und zwar sowohl Wettbewerb von Leistungserbringern um selektive Verträge mit Kassen als auch entsprechenden Wettbewerb von Kassen untereinander. Dieser rechtliche Rahmen wird im folgenden Abschnitt daraufhin analysiert, ob und wie er geeignet sind, Leistungswettbewerb zu fördern, welche Änderungen im Hinblick auf dieses Ziel zu empfehlen sind und welche Lücken durch Ergänzungen des rechtlichen Rahmens geschlossen werden sollten.

3 Darstellung und Bewertung vorhandener Instrumente für selektive Verträge

Unverzichtbare Voraussetzung für Wettbewerb im Leistungsmarkt ist Selektivität. Hierunter wird hier verstanden, dass zum einen Leistungserbringern nicht allein aufgrund einer Zulassung und gegebenenfalls noch der Erfüllung weiterer Qualitätsanforderungen eine Beteiligung an der Versorgung der GKV-Versicherten offen steht. Andererseits sind auch die Leistungserbringer nicht verpflichtet, mit allen Krankenkassen zu kontrahieren, sondern können hier eine Auswahl treffen. Im Zentrum steht damit die Aufhebung von beidseitigen faktischen Kontrahierungsverpflichtungen, so dass entsprechende Versorgungsverträge auch nicht zustande kommen können. Das hierdurch entstehende wechselseitige Auswahlmessen ist schon wegen der Grundrechtsbindung der Kassen nie Willkür. Vielmehr gilt für die Krankenkassen generell das Verbot sachwidriger Ungleichbehandlung, das in einigen Fällen noch durch bestimmte im weiteren Sinne vergaberechtliche Anforderungen konkretisiert ist. Dies ändert aber nichts daran, dass insoweit Selektivität im hier verwendeten Sinne besteht, als die einzelne Kasse einen – an sachgerechten Kriterien zu orientierenden – Spielraum für die Auswahl hat.

Inzwischen gibt es eine ganze Reihe von Regelungen, die Selektivität in diesem Sinne erfüllen und im folgenden Abschnitt daraufhin untersucht werden sollen, inwieweit sie sich tatsächlich für die Verstärkung wettbewerblicher Strukturen in der Leistungserbringung eignen. Es handelt sich insbesondere um die folgenden Regelungen:

- Modellvorhaben nach §§ 63 ff. SGB V;
- Strukturverträge nach § 73a SGB V;
- Hausarztzentrierte Versorgung nach § 73b SGB V;
- Bereiche vertragsärztlicher Versorgung, deren Durchführung besondere qualitative oder organisatorische Anforderungen stellen, nach § 73c Abs. 2 S. 2 SGB V, sofern keine Regelung durch Gesamtvertrag nach § 73c Abs. 2 S. 1 SGB V zustande kommt;
- Vergütungsverträge mit Rehabilitationskliniken nach § 111 Abs. 5 SGB V;
- Verträge mit Krankenhäusern nach § 116b Abs. 1 SGB V;
- Verträge mit Krankenhäusern nach § 116b Abs. 2-5 SGB V;
- Verträge nach § 127 Abs. 2 SGB V über die Hilfsmittel-Leistungserbringung mit niedrigeren Preisen;
- Verträge mit Apothekern nach § 129 Abs. 5b SGB V;
- Arzneimittel-Rabattvereinbarungen nach § 130a Abs. 8 SGB V;
- Verträge über die Beteiligung von Leistungserbringern an strukturierten Behandlungsprogrammen nach § 137f SGB V;
- Verträge über integrierte Versorgung nach §§ 140a ff. SGB V;
- Verträge mit Leistungserbringern im EU- oder EWR-Ausland nach § 140e SGB V.

Dagegen sind anhand des Kriteriums der Selektivität die Versorgungsverträge nach § 109 SGB V mit anderen als Plankrankenhäusern von vornherein auszuschließen. Denn hier gibt es zwar ein Ermessen auf der Kassenseite, ob und mit welcher Einrichtung solche Verträge geschlossen werden sollen. Jedoch müssen alle Kassen auf Landesverbandsebene gemeinsam handeln. Insofern mag es zwar einen Anbieterwettbewerb geben, jedoch keinen Wettbewerb unter den Nachfragern. Hinzu kommt, dass Versorgungsverträge mit Kran-

kenhäusern nach § 109 Abs. 3 S. 2 SGB V der Genehmigung der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde bedürfen.

Auf den ersten Blick gilt diese Beurteilung fehlender Selektivität auch für die Versorgungsverträge mit Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen nach § 111 Abs. 4 S. 3 SGB V, da auch hier der Vertragsabschluss gemeinsam und einheitlich erfolgt und gemäß der Rechtsprechung des BSG wegen der Berufsfreiheit der Leistungserbringer nicht von Bedarfs Gesichtspunkten abhängig gemacht werden darf (*BSGE 89, 294*). Allerdings folgt aus dem Versorgungsvertrag noch keine konkrete Realisierung einer Abrechnungsmöglichkeit von Leistungen mit Krankenkassen, da hierfür der einzelvertragliche Abschluss einer Vergütungsvereinbarung nach § 111 Abs. 5 SGB V Voraussetzung ist. Dieser Vertrag ist nach seinem Wortlaut selektiv. Abgestützt wird seine Selektivität durch das Auswahlermessen der Krankenkassen hinsichtlich der Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen nach §§ 23 Abs. 5 S. 1, 24 Abs. 2 und 40 Abs. 3 S. 1 SGB V, welches die Wahlfreiheit des Versicherten hinsichtlich des Leistungserbringers beschränkt. Insofern dürfte auch die Berufsfreiheit der Leistungserbringer einer Ermessensbetätigung nicht entgegenstehen, welche die Versicherten auf bestimmte Einrichtungen konzentriert. Dieser Spezialregelung des SGB V dürfte bei Rehabilitationseinrichtungen auch das Wunsch- und Wahlrecht des Leistungsberechtigten nach § 9 SGB XI nicht entgegenstehen (*dazu die nicht veröffentlichte Entscheidung des SG Konstanz vom 30.11.2004 – 2 KR 608/03*). Diese Konstellation macht den Sektor der Vorsorge und Rehabilitation in Einrichtungen zu etwas Besonderem gegenüber dem durch prinzipielle Wahlfreiheit der Versicherten geprägten Wettbewerbsdreieck, wie es in *Abschnitt 2.1.3 „Märkte und Wettbewerbsfelder“* beschrieben wurde. In gewisser Hinsicht ist hier bereits gesetzlich das Modell vorgegeben, welches in anderen Sektoren nur dann zu erreichen ist,

wenn die Versicherten den Kassen dadurch Verhandlungsmacht für selektive Verträge mit Leistungserbringern geben, dass sie sich für eine gewisse Zeit an von der Kasse ausgesuchte Leistungserbringer binden. Hinzu kommt hier, dass es mangels eines Kollektivsystems der Versorgung keine Koordinations- oder Bereinigungsprobleme gegenüber einem solchen System gibt, für welche gesetzgeberische Reformen zu erwägen wären. Darum sollen die Verträge mit Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen in diesem Gutachten nicht weiter betrachtet werden. Ähnliches gilt auch für die Sektoren der Haushaltshilfe (§§ 132, 38 SGB V) und der häuslichen Krankenpflege (§§ 132b Abs. 2, 37 SGB V).

Schließlich bleiben ausgeklammert die Sektoren der Soziotherapie (§§ 132b, 37a SGB V) und der sozialmedizinischen Nachsorge (§§ 132c, 43 Abs. 2 SGB V). Diese nichtärztlichen und insofern heilmittelähnlichen Leistungssektoren sind rechtlich wenig durchnormiert. Die Versorgungs- und Vergütungsverträge mit Erbringern von Soziotherapie und sozialmedizinischer Nachsorge sind nach dem Gesetzeswortlaut als selektive Verträge ausgestaltet, ohne dass allerdings das Wahlrecht der Versicherten beschränkt ist. Allerdings dürfte die Selektivität nach der Rechtsprechung des BSG zum Anspruch von Reha-Einrichtungen auf Versorgungsverträge (*siehe BSG, SozR 3-2500 § 111 Nr. 1, SozR 3-2500 § 40 Nr. 1*) im Hinblick auf die Berufsfreiheit der Leistungserbringer problematisch sein. Die Probleme, die sich daraus ergeben, dass hier möglicherweise ein Zulassungsanspruch aller geeigneten Leistungserbringer besteht, das Wahlrecht der Versicherten nicht ausgeschlossen ist und kein Schlichtungsmechanismus für die Vergütung existiert, sollen hier nicht weiter vertieft werden (zur vom BSG für möglich gehaltenen Option, dass hier das Wahlrecht in ein solches auf Kostenerstattung umschlägt, *siehe BSGE 89, 19 zum Heilmittelsektor*). Denn Koordi-

nierungsprobleme mit Kollektivsystemen der Versorgung, welche im Mittelpunkt dieses Gutachtens stehen, können mangels eines solchen nicht auftreten.

Die oft in einem Atemzug mit neuen Vertragsformen genannten medizinischen Versorgungszentren (MVZ) nach § 95 SGB V werden im Folgenden ebenfalls nicht berücksichtigt, weil sie keine Vertragsgrundlage darstellen, sondern eine neue betriebliche und berufsrechtliche Organisationsform vertragsärztlicher Leistungserbringung. Als neue Angebotsform können sie allerdings durchaus Vertragspartner für selektive Verträge sein, z. B. im Rahmen der hausarztzentrierten und der integrierten Versorgung.

3.1 Kriterien der Analyse und Bewertung

3.1.1 Spielräume bei der Vertragsgestaltung

Ein wesentliches Kriterium zur Verstärkung des Wettbewerbs am Leistungsmarkt sind die Spielräume für die Auswahl von Vertragsgegenständen und Vertragspartnern der selektiven Versorgungsverträge. Je größer diese Spielräume sind, umso eher ist es möglich, unterschiedliche Optionen von Versorgung im Wettbewerb zu realisieren.

In allen zu Beginn dieses Abschnitts aufgelisteten Fällen können die Kassen allein handeln und können auch Leistungserbringer einzeln – das heißt losgelöst von Verbandszwängen – Verträge schließen. Damit ist keineswegs ein Zwang verbunden, dass nur einzelne Kassen und nur einzelne Leistungserbringer Vertragspartner sein können. Es ist durchaus nicht ausgeschlossen, dass sich Beteiligte auf der Kassen-

wie auf der Leistungserbringerseite zu Gruppen zusammentun, sofern die jeweiligen Vertragspartner ihrerseits zu einem Vertragsschluss mit der Gruppe bereit sind. Dagegen ist in einem Fall, nämlich bei der integrierten Versorgung, zwingend vorgegeben, dass nicht nur mehrere, sondern auch unterschiedliche Leistungserbringer an der Versorgung beteiligt sein müssen. Diese Leistungserbringer können sich aber ihrerseits so organisieren, dass auch auf dieser Seite nur ein einzelner Vertragspartner – zum Beispiel in Form einer Managementgesellschaft – vorhanden ist (§ 140b Abs. 1 Nr. 4 SGB V).

In Bezug auf die inhaltliche Gestaltung der Vertragsgegenstände gibt es in allen Fällen selektiver Vertragsgestaltungen gesetzliche Vorgaben, die jedoch höchst unterschiedlich ausgeprägt sind. Dies führt dazu, dass unterschiedliche Freiräume für die Gestaltung zentraler Vertragsinhalte bestehen, etwa hinsichtlich Art, Qualität und Umfang der vereinbarten Leistung sowie von Form und Umfang der dafür vereinbarten Vergütung. Dies resultiert daraus, dass die einzelnen Instrumente spezifischen Zwecken dienen, die teilweise nur eine sehr begrenzte Abweichung vom jeweiligen kollektiven Versorgungssystem erfordern und insofern auch nur begrenzte inhaltliche Abweichungen vom sonstigen Leistungserbringungsrecht erlauben. In diesem Kontext ist zu berücksichtigen, dass einige Möglichkeiten vertraglicher Sonderbeziehungen zwar selektiv sind und sich daher im Prinzip eignen, auch Wettbewerb im Leistungsmarkt zu fördern, dass sie aber nicht primär darauf zielen, sondern ganz anderen Zwecken dienen.

3.1.2 Koordinationsbedarf gegenüber dem Kollektivsystem

Die verschiedenen Akteure und Leistungssektoren, die Institutionen untergesetzlicher Regulierung, die Formen der Planung von Versorgungsangeboten und die Leistungsvergütungen sind im Laufe vieler Jahre immer mehr und immer komplexer untereinander vernetzt worden. Die zentrale Herausforderung einer Öffnung des Leistungsmarkts hin zu einem Wettbewerb, der zunehmend an die Stelle der traditionellen kollektiven Beziehungen tritt, liegt daher insbesondere darin, wie die Selektiv- und Kollektivvertragssysteme miteinander kompatibel gehalten werden können.

Die damit verbundenen Schwierigkeiten sind für verschiedene Gruppen von Leistungserbringern unterschiedlich groß, was nicht an Eigenheiten der neuen wettbewerblichen Strukturen liegt, sondern an einigen Besonderheiten des überkommenen Kollektivsystems. Dieses schafft insbesondere im Verhältnis zur vertragsärztlichen Versorgung, aber in gewissem Umfang auch zur traditionellen Krankenhausversorgung „Bereinigungsprobleme“, ohne deren Lösung ein temporäres Nebeneinander von wettbewerblicher und kollektiv geregelter Versorgung keine sinnvolle Option ist.

Im Bereich der nichtärztlichen Leistungserbringung gibt es kaum Bereinigungsprobleme zwischen vertragswettbewerblichen und traditionellen Versorgungsformen. Dies liegt vor allem daran, dass hier

- die Entscheidung über Art und Umfang der Versorgung „von außen“, nämlich von ärztlichen Therapieentscheidungen, vorgegeben ist, so dass Probleme angebotsinduzierter Nachfrage jedenfalls nicht im Verhältnis zwischen versichertem Patienten und nichtärztlichem Leistungserbringer zu suchen sind und Instrumente der Mengensteuerung auch nicht an diesem Verhältnis ansetzen,

- auch im traditionellen System die Vergütung der Leistungen sich grundsätzlich einfach nach (mehr oder minder kollektiv ausgehandelten) Einzelpreisen und Leistungsmengen richtet,
- und sich deshalb Verschiebungen von Leistungsmengen aus den traditionellen Systemen in selektive Versorgungsformen unmittelbar in entsprechend reduzierten Vergütungen niederschlagen.

Dagegen ergibt sich bei allen selektivvertraglichen Leistungserbringungsformen, die an die Stelle traditioneller vertragsärztlicher Leistungen treten, zwangsläufig das Problem der Vergütungsvereinigung. Die Vergütung vertragsärztlicher Leistungen erfolgt durch die Gesamtvergütung, durch die ihrerseits die von der KV zu bewerkstellende Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung nach § 75 SGB V abgegolten wird (§ 85 Abs. 1 SGB V), nicht aber einzelne Leistungen von Vertragsärzten. Inwieweit Leistungsmengen auch für die Gesamtvergütung eine Rolle spielen, ist eine Frage des Gesamtvertrags. Weiterhin ist es angesichts der prinzipiellen Arztwahlfreiheit der Versicherten und der eigenständigen Therapieverantwortung der von den Versicherten in Anspruch genommenen Ärzte nicht von vornherein selbstverständlich, dass Leistungen in selektivvertraglichen Versorgungsformen wirklich an die Stelle der vertragsärztlichen Versorgung treten, also tatsächlich substitutiv sind. Insofern bedarf es hier einer genaueren Betrachtung, inwieweit selektivvertragliche Leistungen so ausgestaltet und der vertragsärztlichen Versorgung zugeordnet werden können, dass Doppelfinanzierungen vermieden und Effizienzgewinne realisiert werden können. Wenn dies nicht geschieht – also bei Vergütungsgestaltungen, die sich aus der Sicht der Kassen als so genannte „Add-on-Vergütung“ darstellen –, ist ein wesentliches Ziel von Wettbewerb im Leistungsmarkt verfehlt.

Ähnliche Koordinierungsprobleme können sich im Verhältnis zur vertragsärztlichen Versorgung im Hinblick auf Instrumente der Mengensteuerung ergeben, die mit Belohnungen oder Sanktionen bei den Ärzten ansetzen. Dies ist insbesondere der Fall bei den kollektivvertraglich gemäß § 84 SGB V zu vereinbarenden jährlichen Ausgabenvolumina für die insgesamt von den Vertragsärzten einer KV veranlassten Leistungen an Arznei- und Heilmitteln.

Weniger offensichtlich ist die „Add-on-Problematik“ in der stationären Krankenhausversorgung. Denn hier sind die Leistungserbringer, die Krankenhäuser, auch im traditionellen System ohne eine dazwischen geschaltete Ebene unmittelbar die Vertragspartner hinsichtlich der Vergütung. Auch hier ist die Vergütung zwar budgetiert, jedoch richten sich die Budgets – mit Verzögerungen und Anpassungsregelungen für einen gleitenden Übergang – letztlich nach den Leistungsmengen im jeweiligen Krankenhaus. Kollektiv – sogar unter Einbeziehung der PKV – sind Verträge über Krankenhausvergütungen nur auf der Seite der Nachfrager. Dennoch bedarf es wegen der Budgetierung auch für das Verhältnis von selektiver und allein auf der Zulassung beruhender stationärer Krankenbehandlung einer Überprüfung im Hinblick auf den Bereinigungsbedarf.

Wegen dieser prinzipiell unterschiedlichen Ausgangssituation für das Verhältnis von selektiv und kollektiv organisierter Beziehungen im Leistungsmarkt sollen in der folgenden Analyse solche Ansätze für selektive Vertragsbeziehungen, die allein auf nichtärztliche Leistungserbringung bezogen sind, vorweg betrachtet werden. Sie bereiten schon heute kaum Probleme und können darum relativ knapp behandelt werden.

Bei selektiven Vertragsmöglichkeiten, die auch oder allein für ärztliche Leistungserbringung zur Verfügung stehen, ist es dagegen ein sehr wichtiger Gesichtspunkt, inwieweit sie Bereinigungsprobleme aufwerfen. Sie werden darum anschließend detaillierter untersucht. Dabei ist für sie noch ein weiterer, im folgenden Abschnitt dargelegter Gesichtspunkt relevant, um bewerten zu können, inwieweit sie sich für die Verstärkung wettbewerblicher Strukturen im Leistungsmarkt eignen.

3.1.3 Einbeziehung der Versicherten

Die selektivvertraglichen Formen der Leistungserbringung sind zwischen Kassenseite und Leistungserbringerseite zu vereinbaren. Wie die kollektiven Gestaltungen und Regulierungen in „gemeinsamer Selbstverwaltung“ berühren sie aber auch das Verhältnis zu den Versicherten. Das betrifft insbesondere die Voraussetzungen, unter denen Versicherte die selektiv vereinbarten Formen der Leistungserbringung in Anspruch nehmen können, die Möglichkeiten der Gewährung von Vorteilen (Beitragsrabatte, Zuzahlungsbefreiungen oder sonstige Boni) an Versicherte für die freiwillige Einbindung in solche Formen und die Möglichkeiten der Selbstbindung für bestimmte Zeiten, das heißt den (partiellen) Verzicht auf die ansonsten freie Wahl von Leistungserbringern. Gerade die Verknüpfung von Selbstbindungen der Versicherten mit Vorteilen als Gegenleistung ist unter dem Aspekt der Förderung wettbewerblicher Strukturen ein wichtiges Element, weil sie die Möglichkeit eröffnet, auch Leistungsmengen zu vereinbaren und diese dann mit bestimmten Leistungspreisen zu verknüpfen.

Aus der Versichertensicht stellt jede Möglichkeit, sich für einen bestimmten Zeitraum an bestimmte Versorgungsformen zu binden und dafür eine Gegenleistung in Form einer bestimmten Vorteilsgewäh-

zung zu erhalten, eine Erweiterung individueller Wahlmöglichkeiten und damit einen höheren Grad an Versichertenautonomie dar, solange weiterhin das Recht erhalten bleibt, umfassende Wahlfreiheit hinsichtlich der Leistungserbringer ohne derartige Bindungen in Anspruch zu nehmen. Für die Kassen ergibt sich aus solchen unterschiedlichen Gestaltungsformen ihres Leistungsangebots an die Versicherten die Möglichkeit zur Profilbildung im Wettbewerb.

3.2 Selektivverträge ohne ärztliche Beteiligung

Unter den zu Beginn dieses Kapitels aufgelisteten Möglichkeiten selektiver Verträge im geltenden Recht gibt es nur zwei Instrumente, die immer ohne Beteiligung von Ärzten vorgesehen sind. Es handelt sich um die Verträge nach § 127 Abs. 2 SGB V (Hilfsmittel) und die Arzneimittelrabattvereinbarungen nach § 130a Abs. 8 SGB V. Aus praktischen Gründen kann auch die Einbeziehung von Apothekern in vertragliche Versorgungsformen hierzu gezählt werden, da sich wegen der Art der Vergütung Bereinigungsprobleme nicht stellen.

In einigen anderen Fällen, nämlich für Modellvorhaben nach §§ 63ff. SGB V, Verträge über integrierte Versorgung nach § 140a SGB V und Verträge mit Leistungserbringern im EU- oder EWR-Ausland nach § 140e SGB V, ist es grundsätzlich auch vorstellbar, dass diese nur mit nichtärztlichen Leistungserbringern geschlossen werden. Soweit dies der Fall sein sollte – plausibel dürfte dies insbesondere für Verträge mit ausländische Leistungserbringern sein –, würde es auch bei diesen Vertragsformen keine relevanten Bereinigungsprobleme geben. Ihren Schwerpunkt dürften diese Verträge – ganz besonders die integrierte Versorgung – aber bei Beteiligung von Ärzten oder Krankenhäusern haben. Darum werden sie unter *Abschnitt 3.3 „Selektivverträge mit ärztlicher Beteiligung“* betrachtet.

3.2.1 Verträge über Hilfsmittel nach § 127 Abs. 2 SGB V

Für die Versorgung der Versicherten mit Hilfsmitteln bedürfen die Leistungserbringer einer Zulassung nach § 126 SGB V, auf die jeder Leistungserbringer einen Anspruch hat, der bestimmte Voraussetzungen erfüllt und die kollektiven Verträge über Einzelheiten der Versorgung nach § 127 Abs. 1 SGB V anerkennt. Auf dieser Grundlage können die Versicherten die Leistungserbringer wählen, wobei die von den Kassen zu tragenden Kosten durch die Festbeträge nach § 36 SGB V und bei Fehlen von Festbeträgen durch die nach § 127 Abs. 1 SGB V vereinbarten Preise begrenzt werden.

Alternativ zu diesem Kollektivsystem der Hilfsmittelversorgung können Krankenkassen – auch gemeinsam handelnd – nach § 127 Abs. 2 SGB V mit zugelassenen Leistungserbringern von Hilfsmitteln Verträge schließen, in denen bei gleicher Qualität niedrigere Preise als diejenigen des Kollektivsystems vereinbart sind. In solchen Verträgen können auch weitere Einzelheiten der Versorgung geregelt sein – z. B. auch die Kooperation bei leihweiser Überlassung von Hilfsmitteln gemäß § 33 Abs. 5 SGB V.

Wenn Krankenkassen § 127 Abs. 2 SGB V nutzen wollen, sollen dazu öffentliche Ausschreibungsverfahren durchgeführt werden. Dabei wird kein konkretes Volumen oder ein Mindestvolumen ausgeschrieben, sondern es erfolgt vielmehr eine „Abfrage“ bzw. Ermittlung von Preisangeboten der Leistungserbringer, aus denen dann die Durchschnittspreise (§ 127 Abs. 3) ermittelt werden. Der Durchschnittspreis des unteren Preisdrittels der abgegebenen Angebote bildet die Höhe der Kostenübernahme der jeweiligen Krankenkasse. Auch ohne leihweise Überlassung können solche Verträge eine lenkende Wirkung auf das Auswahlverhalten der Versicherten haben, da die vereinbar-

ten niedrigeren Preise nach § 33 Abs. 2 S. 3 SGB V dann die Kostentragung durch die Kasse begrenzen, wenn die Versorgung gemäß dem Vertrag nach § 127 Abs. 2 SGB V für den Versicherten zumutbar ist.

Unter dem Aspekt der Koordinierung von selektivvertraglicher und kollektivvertraglicher Versorgung ist der Fall des § 127 Abs. 2 SGB V aus den genannten Gründen unproblematisch. Insbesondere gibt es bei der Hilfsmittelversorgung von vornherein kein Bereinigungsproblem. Auch die Koordinierung von Regelungskompetenzen ist unproblematisch, da auch die selektivvertraglich gebundenen Hilfsmittel-Leistungserbringer über das Erfordernis der Anerkennung der kollektivvertraglichen Standards nach § 126 SGB V mindestens die kollektivvertraglich geregelte Versorgungsqualität zu gewährleisten haben.

Gleichwohl sind die Möglichkeiten zur Realisierung von Wirtschaftlichkeitsreserven bei der Versorgung mit Hilfsmitteln noch keineswegs ausgeschöpft. Nach derzeitiger Rechtslage behalten die Versicherten im Leistungsfall die Entscheidungsfreiheit, ob sie im Rahmen der ggf. durch Verträge nach § 127 Abs. 2 SGB V abgesenkten Festpreise bleiben oder unter Inkaufnahme einer höheren Eigenbeteiligung auf teurere Hilfsmittel zurückgreifen. Das bedeutet jedoch, dass die Kassen bei Preisverhandlungen mit Hilfsmittellieferanten über keine hinreichend gesicherten Informationen über die zu erwartenden Absatzmengen verfügen, die die Hilfsmittellieferanten ihrerseits bei ihrer Preiskalkulation für ein besonders günstiges Angebot berücksichtigen könnten.

3.2.2 Verträge mit Apothekern nach § 129 Abs. 5b SGB V

Die Versorgung von Versicherten mit verordneten Arzneimitteln durch Apotheken basiert neben gesetzlichen Vorgaben und solchen des Gemeinsamen Bundesausschusses auf dem Rahmenvertrag nach § 129 Abs. 2 SGB V, der für die Apotheker entweder kraft Mitgliedschaft im vertragsschließenden Verband oder kraft Beitritts zu dem Vertrag als Voraussetzung für die Beteiligung an der GKV-Versorgung bindend ist. Dies ist das Kollektivsystem der ambulanten Arzneimittelversorgung.

Eine Möglichkeit alternativer, nämlich selektivvertraglicher Arzneimittelversorgung eröffnet § 129 Abs. 5b SGB V, wonach Apotheken nach öffentlicher Ausschreibung – das ist nicht im rechtstechnischen Sinne eine Ausschreibung gemäß dem Vergaberecht – an vertraglich vereinbarten Versorgungsformen beteiligt werden können. Dies ist keine eigene selektivvertragliche Versorgungsform, sondern sie knüpft an andere Typen von Selektivverträgen an. In Betracht kommen etwa Verträge über Modellvorhaben nach § 64 SGB V oder Verträge über integrierte Versorgung nach §§ 140a ff. SGB V. Inwieweit solche Vertragstypen sich für die Einbeziehung von Apotheken nach § 129 Abs. 5b SGB V eignen und welche Modifikationen gegenüber dem Kollektivsystem der Arzneimittelversorgung möglich sind, ergibt sich nicht aus § 129 Abs. 5b SGB V, sondern aus den Vorschriften über die jeweiligen Verträge. So dürften etwa reine Verträge nach § 73b SGB V über hausarztzentrierte Versorgung oder nach § 73c SGB V über besondere hochqualifizierte Versorgungsformen keinen Spielraum für die Einbeziehung von Apotheken eröffnen, während Strukturverträge nach § 73a SGB V mit Budgetverantwortung für veranlasste Leistungen bei entsprechenden gesamtvertraglichen Rege-

lungen nach § 73a Abs. 1 S. 1 SGB V dafür durchaus in Betracht kommen.

Soweit derartige Vertragsformen – insbesondere Modellvorhaben und integrierte Versorgung – eine Abweichung von Rechtsvorschriften des Leistungserbringungsrechts ermöglichen, gilt dies auch für die nach § 129 Abs. 5b einbezogenen Apotheken. So könnte ein Vertrag über integrierte Versorgung Abweichungen von §§ 129–130 SGB V und vom Rahmenvertrag nach § 129 Abs. 2 vorsehen. Allerdings ermächtigt keiner der selektiven Vertragstypen zu einer Abweichung vom Apothekengesetz und der Arzneimittelpreisverordnung. Das bedeutet z. B., dass es nicht im wünschenswerten Maße zulässig ist, Vorteile, die Apotheken aus solchen Kooperationen ziehen, zum Gegenstand von Vertragsverhandlungen zu machen.

3.2.3 Arzneimittel-Rabattvereinbarungen nach § 130a Abs. 8 SGB V

Zusätzlich zu den nach § 130a Abs. 1–7 SGB V vorgesehenen gesetzlichen Arzneimittelrabatten können nach § 130a Abs. 8 SGB V Krankenkassen oder ihre Verbände mit pharmazeutischen Unternehmen darüber hinausgehende Rabatte vereinbaren, die auch vom Umsatzvolumen abhängig gemacht werden können. Dieser Vertragstyp ist insofern selektiv, als es sowohl der Kassenseite als auch den pharmazeutischen Unternehmen freisteht, ob sie solche Verträge schließen wollen oder nicht. Andererseits fehlt diesem Vertrag jeglicher Bezug zur Arzneimittelversorgung als solcher. Insbesondere können die Kassen mangels entsprechender Ermächtigungen mit diesem Instrument nicht die Auswahl von Arzneimitteln steuern. Dazu bedarf es der Regelung im Verhältnis zu den verordnenden Ärzten und im Ver-

hältnis zu den Versicherten. Erst aufgrund von Einflussmöglichkeiten auf den Absatz der jeweiligen Arzneimittel besteht für pharmazeutische Unternehmen ein Anreiz, überhaupt nennenswerte Zusatzrabatte zu gewähren.

Insofern ist § 130a Abs. 8 SGB V als Ergänzung zu den selektiven Vertragsformen zu verstehen, die eine Bindung der verordnenden und Arzneimittel abgebenden Ärzte hinsichtlich ihres Verordnungs- und Abgabeverhaltens ermöglichen. Ebenso wie bestimmte einschlägige Regelungen nach § 84 SGB V gesamtvertraglich zu regeln sind, können Selektivverträge – etwa nach § 64 oder nach §§ 140a ff. SGB V – davon abweichende Regelungen enthalten. Jedoch bedürfte es einer derzeit noch fehlenden spezifischen gesetzlichen Ermächtigung, damit Kassen Vertragsärzte, Apotheker oder Krankenhäuser dazu verpflichten könnten, für ihre Versicherten aus gleichwertigen Alternativen die Produkte jenes Unternehmens auszuwählen, mit dem ein Rabattvertrag vereinbart wurde.

3.3 Selektivverträge mit ärztlicher Beteiligung

3.3.1 Modellvorhaben nach §§ 63–65 SGB V

Spielräume bei der Vertragsgestaltung

Die Möglichkeit zu Modellvorhaben besteht schon seit dem 2. GKV-NOG von 1997. Die Krankenkassen sind nicht zu Vertragsabschlüssen über Modellvorhaben verpflichtet. Krankenkassen oder Kassenverbände haben lediglich die Option, selektive Verträge mit einzelnen Leistungserbringern oder Gruppen von Leistungserbringern zu schließen. Diese Leistungserbringer müssen über eine Zulassung verfügen. Abgesehen davon können bei Modellvorhaben aber auch KVen Ver-

tragspartner der Kassen sein. Handelt es sich um ärztliche Behandlungen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung, so können nur Vertragsärzte oder KVen Vertragspartner sein.

Modellvorhaben können sich inhaltlich zum einen auf eine Weiterentwicklung von Verfahrens-, Organisations-, Finanzierungs- und Vergütungsformen der Leistungserbringung beziehen (§ 63 Abs. 1 SGB V). Diese Modelle beziehen sich auf die Organisation der Leistungserbringung in neuen Formen und werden auch als sog. „Strukturmodelle“ bezeichnet. Dabei kann von Vorschriften des vierten und zehnten Kapitels des SGB V und des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) und des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntG) abgewichen werden. Modellvorhaben können sich zum anderen auf Leistungen zur Verhütung und Früherkennung von Krankheiten beziehen sowie zur Krankenbehandlung, die nicht zu den Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung gehört (§ 63 Abs. 2 SGB V). Diese Modelle werden aufgrund ihres Leistungsbezugs auch als sog. „Leistungsmodelle“ bezeichnet. Außerdem können Modellvorhaben vereinbart werden, die auf die Vermeidung einer unkoordinierten Mehrfachinanspruchnahme von Vertragsärzten ausgerichtet sind. Dabei kann vorgesehen werden, dass Vertragsärzte, die weder als erster Arzt im Behandlungsquartal noch per Überweisung von einem Versicherten aufgesucht wurden, ihre Leistungen per Kostenerstattung abrechnen können (§ 64 Abs. 4 SGB V). Modellvorhaben sind in der Regel auf maximal 8 Jahre befristet, handelt es sich um Abweichungen vom zehnten Kapitel des SGB V, liegt diese Grenze bei 5 Jahren (§ 63 Abs. 5 SGB V). Es gilt der Grundsatz der Beitragssatzstabilität; dabei können mögliche Mehraufwendungen durch nachgewiesene Einsparungen ausgeglichen werden (§ 63 Abs. 3 SGB V). Modellvorhaben müssen durch wissenschaftliche Evaluation begleitet werden, deren Ergebnisse zu veröffentlichen sind (§ 65 SGB V).

Koordinationsbedarf gegenüber dem Kollektivsystem

Die Spitzenverbände der Krankenkassen können mit der KBV in den Bundesmantelverträgen Regelungen zu den Voraussetzungen und Bedingungen für die Teilnahme von Vertragsärzten bestimmen und eine Höchstzahl der zu beteiligenden Ärzte festlegen.

Die Möglichkeit, die Vergütung in Modellvorhaben außerhalb der kollektiven Vergütungssysteme vorzusehen, wirft die Frage der Bereinigung auf. Hierfür sieht § 64 Abs. 3 SGB V eine Möglichkeit zur Verringerung der Gesamtvergütungen und der Krankenhausbudgets vor. Budgetkürzungen sind entsprechend der Zahl und Risikostruktur der teilnehmenden Versicherten zu bestimmen. Die Bereinigungsregelung basiert auf einem Verhandlungsmodell zwischen den Parteien der kollektiven Vergütungsvereinbarungen (Gesamtverträge oder Krankenhausbudgets). Für die Vergütungskürzungen kann das Schiedsamt bzw. die Schiedsstelle eingeschaltet werden, wenn die zuständigen kollektiven Vertragsparteien nicht zu einer Einigung kommen. Nach dem gleichen Muster wie bei den Vergütungen ist auch eine Bereinigung der Ausgabenvolumen von Arznei- und Heilmittelvereinbarungen vorgesehen.

Einbeziehung der Versicherten

In der Satzung der Krankenkassen ist festzulegen, welche Ziele, Dauer, Art und allgemeine Vorgaben zur Ausgestaltung der Modellvorhaben und welche Teilnahmebedingungen für die Versicherten gelten (§ 63 Abs. 5 S. 1 SGB V). Daraus ist zu schließen, dass die Modellvorhaben auch mit (freiwilliger) Selbstbindung der Versicherten möglich sind. Auch können durch Modellvorhaben erzielte Einsparungen nach Abdeckung ggf. entstandener Mehraufwendungen an die Versicherten weitergegeben werden.

Praktische Bedeutung und Bewertung

Vor der Einführung der Möglichkeiten zur integrierten Versorgung und auch noch vor ihrer Modifizierung wurden Modellvorhaben vor allem zur Umsetzung von Arztnetzprojekten genutzt. So gab es 2002 ca. 185 Arztnetze auf der vertraglichen Basis von §§ 63 ff. SGB V (*siehe Kreft et al. 2002*).

Grundsätzlich handelt es sich bei Modellvorhaben um eine Option zu selektiven Vertragsabschlüssen, die sich wegen des wenig begrenzten Gegenstandsbereichs und der Befreiung von Vorschriften insbesondere des Vierten Kapitels des SGB V und des KHG und des KHEntG sowie des auf diesen Gesetzen beruhenden untergesetzlichen Rechts inhaltlich gut für die Verstärkung wettbewerblicher Strukturen eignet. Im Unterschied zu den zeitgleich eingeführten Strukturverträgen sind hier nicht zwingend KVen als Vertragspartner vorgesehen. Dies dürfte – zusammen mit der Möglichkeit, neue Organisations- und Vergütungsformen außerhalb der etablierten Kollektivstrukturen erproben zu können – zu der anfänglichen Ausbreitung entsprechender Verträge beigetragen haben.

Zur Bereinigung von kollektivrechtlichen Vergütungen und Mengenregelungen ist hier jedoch ausschließlich ein Verhandlungsmodell – und zwar der Vertragspartner der Kollektivsysteme – vorgesehen. Wird hierbei keine Einigung erzielt, so entscheidet das Schiedsamt bzw. die Schiedsstelle. Die gesetzlichen Vorgaben für die Bereinigung sind vage. Darum sind die heute bestehenden Verträge zu Modellvorhaben überwiegend durch „Add-on-Vergütungen“ gekennzeichnet, wenn solche Verträge von Kassen überhaupt abgeschlossen werden. Ein unmittelbarer finanzieller Anreiz für Krankenkassen zu entsprechenden Versorgungsverträgen besteht damit jedenfalls nicht.

3.3.2 Strukturverträge nach § 73a SGB V

Die durch das 2. GKV-NOG eingeführten Strukturverträge erfüllen nur unter bestimmten Voraussetzungen die oben formulierten Kriterien für selektive Verträge. Sie seien darum hier nur der Vollständigkeit halber mit aufgeführt.

Nach § 73a Abs. 1 SGB V „können“ – die Gestaltung ist also für die KVen und die Kassenverbände freiwillig – die Verträge, in denen es um inhaltliche Änderungen gegenüber der normalen Struktur der vertragsärztlichen Versorgung geht (Hausarzt- oder Praxisnetzstruktur), von den Parteien der Gesamtverträge im Kollektivsystem, geschlossen werden. Nur nach Maßgabe solcher gesamtvertraglicher Regelungen, die auch alternative Vergütungsformen und Vergütungsvereinbarungen vorsehen können, kommen auch Vertragsstrukturen in Betracht, wonach einzelne Kassen und einzelne Vertragsärzte oder Gruppen derselben Verträge schließen können. Allerdings gibt es – anders als bei den Modellvorhaben und bei der integrierten Versorgung nach §§ 140a ff. SGB V – keine Befreiung von den Vorschriften des Vierten Kapitels über die Leistungserbringung. Umgekehrt sind hier – anders als bei der integrierten Versorgung – alternative Versorgungsstrukturen sektoral begrenzt auf die vertragsärztliche Versorgung möglich.

In der Praxis wurden Strukturverträge in aller Regel zwischen Krankenkassen und KVen geschlossen – z. B. zum ambulanten Operieren, zur Diabetikerversorgung, aber auch zu Praxisnetzen. Die bestehenden Strukturverträge sehen zumeist keine Selektivität in der Weise vor, dass Krankenkassen auswählen können, welche Leistungserbringer an den Verträgen teilnehmen und welche nicht.

3.3.3 Hausarztzentrierte Versorgung nach § 73b SGB V

Die hausarztzentrierte Versorgung basiert auf dem durch das GMG neu eingefügten § 73 b SGB V (*Rehborn 2004*). Auch zuvor waren bereits Hausarztmodelle möglich, nicht jedoch als selektivvertragliche Handlungsoption der Krankenkassen, sofern man von Modellvorhaben absieht. Kern der hausarztzentrierten Versorgung ist, dass sich der Versicherte für eine bestimmte Zeit verpflichtet, vertragsärztliche Leistungen außerhalb der hausärztlichen Versorgung nur auf Überweisung eines von ihm gewählten Hausarztes in Anspruch zu nehmen. Versicherte können bei Vorliegen eines wichtigen Grundes auch den Hausarzt wechseln. Sie sind jedoch an ihre Teilnahmeentscheidung zur hausarztzentrierten Versorgung mindestens ein Jahr gebunden. Für die Teilnahme können Versicherte einen Bonus in Form von Reduzierungen der gesetzlichen Zuzahlungen oder der Krankenkassenbeiträge erhalten (§ 65a Abs. 2). Einzelheiten hat die Kasse in ihrer Satzung zu regeln.

Spielräume bei der Vertragsgestaltung

Die Krankenkassen sind grundsätzlich verpflichtet, ein Angebot an hausarztzentrierter Versorgung nach § 73b SGB V vorzuhalten, da die Versicherten einen Anspruch auf diese für sie freiwillige Option haben. Die Krankenkassen haben einen Pool der von den Versicherten wählbaren Ärzte durch Verträge mit „besonders qualifizierten Hausärzten“ (§ 73 b Abs. 2) zu schaffen.

Die Verträge über hausärztliche Versorgung sind zwischen den Krankenkassen und solchen Hausärzten, Gemeinschaften von Hausärzten oder hausärztlich tätigen medizinischen Versorgungszentrum zu schließen, welche die gesamtvertraglich nach § 73b Abs. 3 SGB V vereinbarten zusätzlichen Qualitätsanforderungen erfüllen. Die Ver-

träge sind selektiv, da sie für die Leistungserbringer freiwillig sind und für die Kassen zwar insgesamt eine Pflicht zur Vorhaltung dieser Versorgungsform besteht, die Kasse aber nach ihrem – in „Ausschreibungsbedingungen“ vorab auszuübenden – Ermessen bestimmen kann, mit wem sie solche Verträge schließt.

Inhaltlich ist die hausarztzentrierte Versorgung im Wesentlichen durch das Gesetz festgelegt. Spielräume im Detail sind durch die Vertragspartner der Gesamtverträge nach Maßgabe von möglichen bundesmantelvertraglichen Regelungen auszufüllen.

Koordinierungsbedarf gegenüber dem Kollektivsystem

Die Gesamtverträge bestimmen die besonderen sächlichen und personellen Anforderungen für die hausarztzentrierte Versorgung, welche die allgemeinen hausarztspezifischen Regelungen nach § 73 Abs. 1b und 1c übersteigen. Die Gesamtverträge machen darüber hinaus bindende Vorgaben in Bezug auf die Vergütung der hausarztzentrierten Versorgung. Auch kann darin festgelegt werden, ob und wie die Vergütung der hausarztzentrierten Versorgung auf die Gesamtvergütung bzw. möglicherweise in Zukunft auf die Regelleistungsvolumina anzurechnen ist. Die Bundesmantelverträge können Vorgaben für die Gesamtverträge enthalten. Insofern richten sich auch die – grundsätzlich mögliche – Vergütungsvereinbarung sowie die Vereinbarung von Arzneimittelausgaben nach den Gesamtverträgen.

Einbeziehung der Versicherten

Die freiwillige, aber dann für mindestens ein Jahr verbindliche Einbeziehung der Versicherten in die hausarztzentrierte Versorgung gehört zum Konzept dieses Modells. Darum ist diese Einbeziehung von der Kasse in ihrer Satzung so auszugestalten, dass sich der Versicherte an diese Versorgungsform für mindestens ein Jahr binden muss. Hervor-

zuheben ist – auch mit Blick auf andere selektivvertragliche Gestaltungen – dass die hier in § 73b Abs. 4 SGB V vorhandene gesetzliche Ermächtigung zu Satzungsbestimmungen die Versicherten entsprechend binden kann. Nur aufgrund solcher jeweiliger Ermächtigung haben die Kassen die Kompetenz zu Satzungsregelungen, die die Versicherten in ihrer Freiheit einschränken oder sonst belasten.

Praktische Bedeutung und Bewertung

Inzwischen sind einige Modelle zur hausarztzentrierten Versorgung vertraglich vereinbart worden und befinden sich in der Umsetzungsphase. Bei den bisher umgesetzten Modellen ist die Modellstruktur grundsätzlich meist recht ähnlich. So erhalten Versicherte in der Regel einen finanziellen Teilnahmebonus in Form einer teilweisen oder vollständigen Ersparnis bei der Praxisgebühr. Auch werden ihnen in manchen Modellen, neben den finanziellen Anreizen, zusätzlich besondere Serviceleistungen angeboten (Präventionskurse, Garantien von Höchstwartezeiten).

Beteiligte Ärzte erhalten in der Regel außer ihrer normalen Vergütung verschiedene Zusatzpauschalen oder Vergütungsaufschläge für Koordinationsleistungen. Der Logik der in der vertragsärztlichen Versorgung vorherrschenden Einzelleistungsvergütung folgend, werden dabei in den meisten Hausarztmodellen zusätzliche Vergütungen für zusätzliche (Einzel-) Leistungen gezahlt. In der Regel sollen Ärzte auch an Einsparungen finanziell beteiligt werden, indem sie – zumindest teilweise – an erzielten „Überschüssen“ (die mitunter sehr unterschiedlich definiert werden) partizipieren. Im Gegenzug verpflichten sich die Ärzte zur Erfüllung bestimmter Qualitätsvorgaben (Teilnahme an Qualitätszirkeln, Fortbildungen, Behandlung nach Leitlinien, Beachtung von Überweisungsregeln). Diese Verpflichtungen werden vertraglich jedoch unterschiedlich restriktiv gehandhabt.

Grundsätzlich lassen sich zwei Typen von Modellen ausmachen: Hausarztmodelle auf der Basis von Verträgen oder Rahmenvereinbarungen mit (Haus-)Ärzteverbänden stehen meist (landesweit) allen zugelassenen Hausärzten für einen Beitritt offen. Diese Ausprägung findet sich häufig in der Umsetzung von hausarztzentrierter Versorgung. Andere, bisher seltener umgesetzte Modelle verfolgen hingegen eine selektive Vertragspolitik durch eine von den Krankenkassen gezielt getroffene Auswahl unter den Ärzten, wobei die Teilnehmerzahl – auch im Hinblick auf die Managementfähigkeit des Modells – beschränkt wird.

In Bezug auf die konkreten Vertragsinhalte sind die tatsächlichen selektivvertraglichen Freiheiten für Kassen und Hausärzte durch verbindliche Vorgaben der Gesamtverträge zur vertragsärztlichen Versorgung stark eingeschränkt. Ganz wesentliche Wettbewerbsparameter (Vergütungshöhe und -form, Qualitätsvorgaben etc.) sind durch die Gesamtverträge vorbestimmt und können auf der Basis von § 73b SGB V nicht zwischen Krankenkasse und Hausärzten (einzelnen oder Hausarztgruppen oder -netzen) verhandelt werden. Den Kassen bleibt im Wesentlichen die Auswahl des Vertragspartners als tatsächlicher vertraglicher Freiraum. Ob allerdings gerade Hausarztverträge unter den Bedingungen größerer Vertragsfreiheit ein bevorzugtes Feld für beidseitig selektives Vertragshandeln sein werden, könnte sich erst zeigen, wenn solche Handlungsspielräume geschaffen werden.

Die Vergütung der Hausarztmodelle ist relativ durchgängig als reine „Add-on-Vergütung“ zu werten. Alle zusätzlich gezahlten Vergütungsbestandteile müssen dann von den Krankenkassen zusätzlich zu den bestehenden Vergütungsvereinbarungen aufgebracht werden. Dies kann als eine wesentliche Schwäche der gesetzlichen Regelung angesehen werden, denn es entsteht mitunter ein hoher finanzieller

Zusatzaufwand. Echte Einsparungen entstehen nur dann – ohnehin im Prinzip nur bei verordneten oder veranlassten Leistungen und nicht durch Produktivitätszuwächse bei der hausärztlichen Versorgung selbst – nachdem die zusätzlichen Hausarztvergütungen einschließlich der den Versicherten gewährten Teilnehmeboni und der Verwaltungskosten der Kasse gedeckt sind.

Um eine reine „Add-on-Vergütung“ der hausarztzentrierten Versorgung zu verhindern, wurden daher von Krankenkassen auch Vertragskonstellationen geschaffen, die eine Kombination von hausarztzentrierter Versorgung und integrierter Versorgung vorsehen. In diesem Fall können die Finanzmittel des 1-Prozent-Budgets der integrierten Versorgung nach § 140d Abs. 1 SGB V zur Finanzierung der hausarztzentrierten Versorgung genutzt und „Add-on-Finanzierungsprobleme“ zumindest teilweise umgangen werden. Nicht zuletzt diese – hier im konkreten Fall der hausarztzentrierten Versorgung genutzte – Vertragsstrategie zeigt das grundsätzliche Interesse an Selektivverträgen auch in der sektoralen Versorgung. Unter den Bedingungen von § 73b SGB V allein sind dagegen die Möglichkeiten sehr begrenzt, durch selektive Verträge zur hausarztzentrierten Versorgung Effizienzreserven der Versorgung zu erschließen. Das Sozialgericht Gotha hat beispielsweise entschieden, der „Hausarztvertrag“ der Barmer Ersatzkasse, der als Vertrag nach § 140a ff. SGB V konzipiert ist, sei faktisch kein Vertrag zur integrierten Versorgung, sondern ein sektoraler Selektivvertrag; in der Konsequenz hat das Gericht in dem (noch nicht rechtskräftigen) Urteil die §§ 140a ff. SGB V und insbesondere die Verwendung von Mitteln aus der Anschubfinanzierung nach § 140d SGB V für nicht zulässig erklärt (*SG Gotha v. 8.3.2006, S. 7 KA 2784/05, Deutsches Ärzteblatt 2006, A-744*).

3.3.4 Verträge nach § 73c Abs. 2 S. 2 SGB V

Diese Vertragsform wurde durch das GMG eingeführt. Durch sie sollen – gewissermaßen auf einer zweiten Ebene oberhalb der normalen fachärztlichen Versorgung – besonders qualifizierte Leistungen in besonderer Weise vergütet werden. Da diese Gestaltung keinen Einfluss auf die normale, auf Zulassung beruhende fachärztliche Versorgung hat, kann sie diese nicht begrenzen. In Betracht kommen insbesondere die vertragsärztliche Teilnahme an DMP nach § 137f SGB V oder sonstige hochspezialisierte vertragsärztliche Leistungen. Insofern gibt § 73c SGB V auf vertragsarztrechtlicher Seite Spielräume für selektives Vertragshandeln, die ähnliche Funktionen haben wie § 116b SGB V für den Krankenhausbereich.

§ 73c SGB V ist grundsätzlich nicht als Instrument für selektive Verträge ausgestaltet. Die erforderlichen inhaltlichen Regelungen sowie die Bestimmungen über die Vergütungen und deren Verhältnis zur Gesamtvergütung sind gesamtvertraglich, gegebenenfalls nach Maßgabe von Bestimmungen im Bundesmantelvertrag, zu regeln. Für die gesamtvertragliche Regelung sieht § 73c Abs. 2 S. 1 SGB V auch eine Entscheidung darüber vor, ob die Teilnahme an den so geregelten Versorgungsformen auf selektiven, zwischen den Kassen oder deren Verbänden und Vertragsärzten oder deren Gemeinschaften zu schließenden Verträgen beruhen soll oder nicht. Insofern hat der Gesetzgeber hier – ebenso wie bei den Strukturverträgen nach § 73a SGB V – das Modell selektiver Verträge nach Maßgabe kollektiver Entscheidung in gemeinsamer Selbstverwaltung vorgesehen.

Anders als bei § 73a SGB V gibt es allerdings hier auch eine genuine, nicht von gesamtvertraglicher Ermächtigung abhängige Option für selektive Verträge. Nach § 73c Abs. 2 S. 2 SGB V können die Kassen

nämlich für den Fall, dass eine gesamtvertragliche Einigung über die Frage, ob ein selektives Modell vorzusehen ist oder nicht, nicht zustande kommt, ihrerseits nach vorher bekannt zu gebenden Ermessenskriterien auch selbst selektive Verträge schließen.

Allerdings bleibt es auch in diesem Fall dabei, dass die inhaltlichen Vorgaben für die Versorgungsformen, die Qualitätsanforderungen, die Vergütungen und deren Verhältnis zur Gesamtvergütung allein gesamtvertraglich geregelt werden können. Insofern ist das selektive Element bei § 73c Abs. 2 S. 2 SGB V insgesamt so gering, dass dieser Vertragstyp nicht einmal im Ansatz als ein Instrument zur Förderung von Wettbewerb im Leistungsmarkt angesehen werden kann.

In der Praxis finden sich bisher Verträge nach § 73c SGB V in weitgehend einheitlichem Muster in Bezug auf die Teilnahme von Vertragsärzten. Diese Teilnahme beruht dabei in der Regel nicht selektiv auf zwischen den Kassen oder deren Verbänden und Vertragsärzten oder Gemeinschaften von diesen geschlossenen Verträgen. Überwiegend ist stattdessen geregelt, dass unter der Bedingung der Erfüllung qualitativer Anforderungen (entsprechende Facharztausbildung, Nachweis bestimmter Fallzahlen bei ambulanten Operationen etc.) alle Ärzte der jeweiligen, den Vertrag schließenden KV teilnehmen können.

3.3.5 Verträge mit Krankenhäusern nach § 116b Abs. 1 SGB V

Mit dem GMG wurden in § 116b SGB V Möglichkeiten für Selektivverträge zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern zur ambulanten Behandlung im Krankenhaus geschaffen. Die Neuregelung in

Absatz 1 betrifft die ambulante Behandlung im Krankenhaus im Rahmen von Disease-Management-Programmen.

Spielräume bei der Vertragsgestaltung

Auf der Kassenseite können Kassen oder deren Verbände auf Landesebene Vertragspartner sein. Auf der Krankenhaussseite sind es zugelassene Krankenhäuser oder auch mehrere Krankenhäuser zusammen. Für beide Seiten ist die Teilnahme an diesen Versorgungsformen freiwillig.

Selektivverträge zwischen Krankenkasse und Krankenhaus nach § 116b Abs. 1 SGB V setzen voraus, dass das Krankenhaus generell, also auch für die stationäre Versorgung an einem DMP teilnimmt und dass „die Anforderungen an die ambulante Leistungserbringung in den Verträgen zu den strukturierten Behandlungsprogrammen dies erfordern“. Dies dürfte bedeuten, dass es einen sachlichen, im Versorgungskonzept liegenden Grund für die ambulante Versorgung gibt. Unter diesen Voraussetzungen kann der Vertrag nach § 116b Abs. 1 SGB V ein Vertrag sein, den § 137f SGB V voraussetzt.

In Bezug auf die Vertragsinhalte sind zum einen Vertragsabschlüsse nur für bereits per Rechtsverordnung vom Bundesversicherungsamt zugelassene DMP zu den chronischen Erkrankungen möglich. Zum anderen müssen die verbindlichen DMP-Vorgaben der jeweiligen Programme eingehalten werden (diese betreffen z. B. Qualitätsanforderungen und Qualitätssicherungsmaßnahmen, Behandlung nach evidenzbasierten Leitlinien), so dass die leistungsinhaltlichen Verhandlungsfreiheiten der Vertragspartner generell eingeschränkt sind. Die Vertragsform hat deshalb inhaltlich vor allem den Charakter der ambulanten Erweiterung einer bestehenden Krankenhausbeteiligung an einem DMP. Inhaltlich ergeben sich die Vorgaben für selektive

Verträge nach § 116b Abs. 1 SGB V im Wesentlichen aus den Vorgaben für die DMP, wobei der Vertrag nach § 137g Abs. 1 SGB V im Rahmen des Zulassungsverfahrens für das DMP durch das Bundesversicherungsamt (BVA) geprüft wird.

Die Vergütungshöhe und -form sind hingegen nicht festgelegt: Für die ambulante Krankenhausbehandlung im Rahmen von DMP (§ 116b Abs. 1 SGB V) kann sie von den Vertragspartnern frei vereinbart werden, da die gesetzliche Regelung hier keine Vorgaben macht.

Koordinationsbedarf gegenüber dem Kollektivsystem

Die inhaltlichen Vorgaben für die ambulanten Leistungen von Krankenhäusern nach § 116b SGB V ergeben sich aus dem Gesetz, aus Rechtsverordnungen und aus Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses. Sie grenzen zugleich die Leistungsbereiche nach § 116b SGB V so ab, dass die Parteien des Selektivvertrages kaum Spielraum hinsichtlich der Grenze zur allein vertragsärztlichen ambulanten Versorgung haben.

Bestimmungen über eine Vergütungsvereinbarung fehlen. Diese wäre zwar „freiwillig“ im Rahmen von Gesamtverträgen möglich. Aber es gibt noch nicht einmal einen dahingehenden gesetzlichen Auftrag. Allerdings kann bei Verträgen nach § 116b Abs. 1 SGB V die Berücksichtigung der zusätzlichen Kosten im Rahmen des Risikostrukturausgleichs (RSA) nach § 266 Abs. 4 S. 2 SGB V für die einzelne Kasse ein gewisses Substitut für das Fehlen einer Vereinbarung darstellen. Das bewirkt aber keine mit Vergütungsvereinbarungen sonst verbundene Nutzung von Wirtschaftlichkeitsvorteilen zugunsten der Nachfragerseite. Auch über die Vereinbarung von Arzneimittel-Ausgabenvolumina gibt es keine Vorschriften.

Einbeziehung der Versicherten

Für die ambulante Behandlung im Rahmen von DMP gilt dasjenige, was § 137f Abs. 3 und § 65a Abs. 2 SGB V für die Teilnahme an DMP generell festlegen: Die Teilnahme der Versicherten ist freiwillig; sie müssen sich aber für die Teilnahme einschreiben. Diese Einschreibung kann widerrufen werden. Für die Teilnahme kann in der Satzung ein Bonus vorgesehen werden.

Vorschriften über eine Bindung der Versicherten für eine bestimmte Zeit fehlen ebenso wie Vorschriften über die Ermächtigung der Kassen zu entsprechenden Satzungsregelungen. Darum kann die Kasse entsprechende Bindungen nicht vorsehen und eine mittelbare Bindung allein über die Voraussetzungen für Boni erreichen.

Praktische Bedeutung und Bewertung

Bislang gibt es nur einige wenige DMP-Verträge nach § 116b Abs. 1 SGB V. Ein zentrales Hindernis für kassenseitige Anreize zu Vertragsabschlüssen dürfte die Problematik der Mehrfachvergütung wegen fehlender Bereinigung sein. Die selektivvertragliche Vereinbarung zwischen einer Krankenkasse und einem Krankenhaus hat nämlich keine Auswirkungen auf die von der Krankenkasse an die KVen zu zahlenden Gesamtvergütungen. Die Vergütung dieser Leistungen muss daher als reines „Add-on“ gezahlt werden. Vergütungsbereinigungen hängen von der Zustimmung der KV ab, also des durch sie Belasteten.

3.3.6 Verträge mit Krankenhäusern nach § 116b Abs. 2–5 SGB V

Für Verträge über hochspezialisierte Leistungen nach § 116b Abs. 2–5 SGB V gilt hinsichtlich des Verhältnisses zur kollektivrechtlich geregelten Versorgung ebenfalls weitgehend das gerade Ausgeführte. Insofern kann darauf verwiesen werden. Speziell für diese Form ambulanter Versorgung im Krankenhaus gilt zusätzlich noch Folgendes:

Für die hochspezialisierten Leistungen nach § 116b Abs. 2 und 3 SGB V werden inhaltliche Vorgaben durch § 116b Abs. 3 gemacht und wird der Gemeinsame Bundesausschuss zu weiteren Vorgaben ermächtigt und verpflichtet. Insofern handelt es sich bei der ambulanten Behandlung nach § 116b SGB V insgesamt um inhaltlich recht genau abgegrenzte, den Vertragspartnern vorgegebene Tatbestände, wobei aber für die hochspezialisierten Leistungen größere Verhandlungsfreiräume gegeben sind.

Für die Vergütung dieser Leistungen bestimmt das Gesetz, dass sie „der Vergütung vergleichbarer vertragsärztlicher Leistungen zu entsprechen“ hat (§ 116 b Abs. 5 Satz 2 SGB V). Damit ist aber keine wesentliche inhaltliche Vorgabe gemacht, da der den Parteien der Gesamtverträge für die Vergütung vertragsärztlicher Leistungen offen stehende Spielraum hier auch für den selektiven Vertrag genutzt werden kann. Dabei ist nicht davon auszugehen, dass die konkreten Vergütungsregelungen, die zwischen einer Kasse und der für den Standort des Krankenhauses für die vertragsärztliche Versorgung zuständigen KV gelten, den verbindlichen Maßstab bilden. Vielmehr steht grundsätzlich das Spektrum zulässiger gesamtvertraglicher Vergütungsregelungen zur Verfügung. So ist Einzelleistungsvergütung (ggf. mit dem einheitlichen Bewertungsmaßstab als Richtgröße) möglich,

aber nicht zwingend. Ebenso können daher auch pauschalierte Vergütungsformen, also z. B. fall- oder versichertenbezogene Pauschalen, eingesetzt werden. Auch eine sektorübergreifende Vergütung als Leistungskomplex ist möglich, die bei ambulantem und stationärem Behandlungsbedarf zugleich beide „Leistungsbestandteile“ abdeckt.

Ein spezifisches Problem ergibt sich im Hinblick auf die mögliche Veränderung der Risikostruktur von Kassen unter den Bedingungen eines noch nicht morbiditätsorientierten RSA. Die hier betrachteten Verträge können adverse Selbstselektionsprozesse bei Versicherten auslösen. Versicherte mit den jeweiligen Erkrankungen könnten gezielt zu jenen Krankenkassen wechseln, die Verträge über innovative ambulante Krankenhausbehandlungen nach § 116b Abs. 2 SGB V geschlossen haben. Da es sich um hochspezialisierte Leistungen und Erkrankungen mit besonderem Krankheitsverlauf handelt (onkologische Erkrankungen, HIV/Aids etc.), würden sich für eine Kasse damit jedoch Mitgliedergewinne in einer sehr ausgabenträchtigen Versichertengruppe ergeben. Unter den aktuellen Bedingungen eines Risikostrukturausgleichs ohne direkte Berücksichtigung der Morbidität der Versicherten können Krankenkassen deshalb kaum Interesse an derartigen Versorgungsverträgen haben (*Leber 2005*).

3.3.7 Verträge über die Beteiligung von Leistungserbringern an strukturierten Behandlungsprogrammen nach § 137f SGB V

In § 137f Abs. 5 S. 2 SGB V ist eher beiläufig die Rede von „mit zugelassenen Leistungserbringern vertraglich vereinbarten Programmen nach Abs. 1“. Weitere inhaltliche Regelungen über derartige Verträge enthält das Gesetz nicht. Allerdings bestimmt § 137g Abs. 1 S. 1

SGB V, dass das Bundesversicherungsamt für die Zulassung von Programmen nicht nur diese, sondern auch „die zu ihrer Durchführung geschlossenen Verträge“ zu überprüfen hat. Welcher Art diese Verträge sind und wie sich diese zu den sonstigen Instrumenten verhalten, erschließt sich erst aus dem Gesamtkontext. Es ist – das folgt aus dem Fehlen beschränkender Regelungen bei gleichzeitigem Voraussetzen einschlägiger Verträge – den Kassen und den möglichen Partnern freigestellt, wie sie sich für die DMP organisieren wollen, solange nur die Vorgaben des G-BA und der Verordnung nach § 266 Abs. 7 SGB V (Risikostrukturausgleichsverordnung, RSAV) erfüllt sind.

Folglich können die einschlägigen vertraglichen Regelungen in selektiven Instrumenten des SGB V vereinbart werden, die an anderer Stelle behandelt sind – etwa in Verträgen über hausarztzentrierte Versorgung (§ 73b SGB V), Verträgen über Bereiche vertragsärztlicher Versorgung, deren Durchführung besondere qualitative oder organisatorische Anforderungen stellen (§ 73c SGB V), Verträgen über ambulante Behandlung im Krankenhaus (§ 116b Abs. 1 SGB V) oder Verträgen über integrierte Versorgung (§§ 140a ff. SGB V). Auch ist nicht ausgeschlossen, dass Regelungen über DMP in den Gesamtverträgen nach § 83 SGB V oder den zwei- oder dreiseitigen Verträgen nach §§ 112 oder 114 SGB V enthalten sind.

Es bleibt aber ein Bereich, in dem allein § 137f SGB V selbst die Grundlage für selektive Verträge bietet, nämlich die durch die DMP bedingten Besonderheiten stationärer Versorgung durch Krankenhäuser. Da es für solche Verträge weder im SGB V noch im KHEntG besondere Vergütungsregelungen gibt, ist allerdings die Vergütung nach den allgemeinen Vorschriften zu regeln. Insofern bereiten isolierte Verträge über stationäre oder auch vor- oder nachstationäre Behandlung im Krankenhaus im Rahmen von DMP auch dann, wenn

sie selektiv sind, keine besonderen Probleme der Zuordnung zur kollektiv geregelten Versorgung. Sie können daher in den weiteren Überlegungen außer Acht gelassen werden.

3.3.8 Verträge über integrierte Versorgung nach §§ 140a ff. SGB V

Die gesetzliche Definition von integrierter Versorgung ist weit gefasst und bezieht sich vertragsinhaltlich auf „eine verschiedene Leistungssektoren übergreifende Versorgung der Versicherten oder eine interdisziplinär-fachübergreifende Versorgung“ (§ 140a Abs. 1 SGB V). Sie hat insofern eine Sonderstellung, als nur sie ausschließlich selektivvertraglich möglich ist.

Spielräume bei der Vertragsgestaltung

Die Verträge über integrierte Versorgung können – ohne Verpflichtung, solche Verträge abzuschließen – von einzelnen Kassen oder mehreren Kassen gemeinsam, nicht aber von den Kassenverbänden selbst, mit einzelnen Leistungserbringern oder Gruppen von Leistungserbringern geschlossen werden.

Vertragspartner auf der Leistungserbringerseite können Vertragsärzte, medizinische Versorgungszentren, Krankenhäuser, Reha-Einrichtungen u. a. sein oder aber auch Managementgesellschaften, die als Träger fungieren und die Leistungserstellung zwar organisieren, aber selbst keine Leistungen erbringen. KVen können seit dem GMG im Rahmen der integrierten Versorgung nicht mehr Vertragspartner der Kassen sein.

Auch im Rahmen der integrierten Versorgung können Verträge nur mit zugelassenen Leistungserbringern geschlossen werden. Zwar können die beteiligten Leistungserbringer von ihrem eigenen Zulassungsstatus abweichende Leistungen im Rahmen einer Verständigung nach § 140b Abs. 4 S. 3 SGB erbringen, doch können keine Leistungen erbracht werden, für die keiner der beteiligten Leistungserbringer eine Zulassung hat (*Quaas 2004*). Der Vertrag muss – entweder durch Beteiligung entsprechender Leistungserbringer als Vertragspartner oder durch inhaltliche Regelungen im Vertrag – sicherstellen, dass das vereinbarte Leistungsangebot sektorübergreifend oder interdisziplinär-fachübergreifend ist. Dazu müssen entweder mindestens zwei Arten von im Vierten Kapitel des SGB V unterschiedenen Leistungserbringungen oder mindestens zwei unterschiedliche ärztliche Fachrichtungen gemäß den Weiterbildungsordnungen vertraglich vereinbart sein.

In inhaltlicher Hinsicht bestehen im Übrigen für die Verträge über integrierte Versorgung erhebliche Gestaltungsspielräume, da die Vertragsparteien von den Bestimmungen des Vierten Kapitels SGB V, des KHG, des KHEntG sowie des auf diesen Gesetzesvorschriften beruhenden untergesetzlichen Rechts abweichen können, soweit die Abweichung der Integration von Sektoren oder von Fachdisziplinen entspricht, die Effizienz der Versorgung fördert oder aus sonstigen Gründen erforderlich ist (§ 140b Abs. 3 SGB V).

Dies betrifft auch die Vergütungsform und -höhe, die frei zwischen den Vertragspartnern ausgehandelt werden kann, wobei für Verträge zur integrierten Versorgung der Grundsatz der Beitragssatzstabilität bis 31.12.2006 aufgehoben ist. Die Vergütung hat alle Leistungen des vertraglich vereinbarten Versorgungsauftrags zu umfassen und auch Leistungen von nicht an der integrierten Versorgung teilnehmenden

Leistungserbringern einzuschließen, sofern die Berechtigung der Versicherten zu derartigen „externen“ Inanspruchnahmen sich aus einer Überweisung oder einem sonstigen im Vertrag zur integrierten Versorgung geregelten Grund ergibt (§ 140c Abs. 1 S. 3 SGB V). Allerdings ist von dieser Bestimmung nicht der Fall erfasst, dass der Versicherte aufgrund seines weiter bestehenden Wahlrechts nach § 76 Abs. 1 SGB V oder sonstiger Wahlrechte einen „externen“ Leistungserbringer für eine Leistung wählt, die eigentlich zum Vertragsumfang der integrierten Versorgung gehört. Den Anbietern von integrierter Versorgung kann im Rahmen entsprechender Vergütungsformen auch eine vollständige oder teilweise Budgetverantwortung übertragen werden.

Was den Leistungsumfang und die Qualität betrifft, gelten grundsätzlich die Bindungen an die Leistungsansprüche der Versicherten und die üblichen Qualitätsstandards. Beim Leistungskatalog gibt es auch für die ambulante Versorgung eine gewisse Öffnung in dem Sinne, wie es für die stationäre Versorgung gilt, das heißt, Leistungen können vereinbart werden, sofern nicht der G-BA eine negative Entscheidung getroffen hat (§ 140b Abs. 3 S. 4 SGB V). Hier gilt also auch ambulant anstelle des „Verbots mit Erlaubnisvorbehalts“ nach § 135 Abs. 1 SGB V die „Erlaubnis mit Verbotsvorbehalt“ wie nach § 137c SGB V.

Koordinationsbedarf gegenüber dem Kollektivsystem

Soweit Kassen ihre Leistungspflicht für vertragärztliche Versorgung gegenüber ihren Versicherten durch Verträge über integrierte Versorgung gewährleisten, ist gemäß § 140a Abs. 1 S. 2 SGB V der Sicherstellungsauftrag der KVen nach § 75 Abs. 1 SGB V eingeschränkt. Die praktische Umsetzung dieser Maßgabe bedürfte allerdings koordinierender Regelungen, welche klarstellen, wann und wie Versicherte, die

an der integrierten Versorgung teilnehmen, noch Rechte auf Teilnahme auch an der auf dem Sicherstellungsauftrag beruhenden Versorgung haben.

Zur Finanzierung der integrierten Versorgung ist in § 140d Abs. 1 SGB V gesetzlich geregelt, dass von 2004 bis 2006 jährlich bis zu einem Prozent der vertragsärztlichen Gesamtvergütungen und der Krankenhausrechnungen für stationäre Versorgung als Anschubfinanzierung verwendet werden können. Dies wirkt wie eine pauschale Form von Vergütungsvereinbarung. Damit die durch den 1-Prozent-Budgetabzug betroffenen Leistungserbringer die Kürzungen überprüfen können, wurde zwischen den Spitzenverbänden, der KBV und der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) im Dezember 2003 eine Vereinbarung zur Schaffung einer sog. „Registrierungsstelle“ geschlossen. Hier können die Anzahl der gemeldeten Verträge, die teilnehmenden Versicherten, die gemeldeten Vergütungsvolumina und die Art der vertragsschließenden Parteien abgefragt werden, sofern sich die Vertragspartner der integrierten Versorgungsverträge an diese sie nicht bindende Vereinbarung halten (*Biersack/Toepffer 2004*).

Zusätzlich zur Anschubfinanzierung gibt es nach § 140d Abs. 2 SGB V für die vertragsärztlichen Gesamtvergütungen nach Ausschöpfung der Anschubfinanzierung eine allerdings nicht näher konkretisierte Pflicht der Vertragspartner der Gesamtvereinbarungen, das Budget entsprechend der Risikostruktur der an der integrierten Versorgung teilnehmenden Versicherten zu bereinigen. Einigen sich die Vertragspartner nicht, können nicht nur die Vertragspartner der Gesamtvereinbarungen, sondern auch die jeweiligen Kassen und Verbände, die Vertragspartner der Verträge über integrierte Versorgung sind, das Schiedsamt einschalten. Analog zur Bereinigungsregelung für Modellvorhaben (*siehe Abschnitt 3.3.1 „Modellvorhaben nach*

§§ 63–65 SGB V“) handelt es sich also auch bei der Bereinigungsregelung der integrierten Versorgung für den vertragsärztlichen Bereich um eine Verhandlungslösung mit Schiedsamtoption bei Nichteinigung.

Regelungen über eine Bereinigung kollektiv vereinbarter Krankenhausvergütungen gibt es (jenseits der Anschubfinanzierung) für die Zeit bis Ende 2006 nicht. In § 140d Abs. 4 SGB V ist lediglich vorgesehen, dass die Vergütung zusätzlicher – allein auf dem Vertrag über integrierte Versorgung beruhender Leistungen – mit der Vergütung nach § 140c Abs. 1 S. 1 SGB V abzugelten sind. Das heißt, dass mit der Vergütung der integrierten Versorgung Leistungen finanziert werden, die nicht im Krankenhausbudget enthalten sind. Für die Zeit ab 2007 sieht § 6 Abs. 1 S. 2 Nr. 4 Bundespflegesatzverordnung (BpflV) die vergütungsmindernde Berücksichtigung von Leistungen vor, die das Krankenhaus im Rahmen von Integrationsverträgen erbringt. Für den Bereich des KHEntG dürfte eine entsprechende Regelung durch das derzeit als Referentenentwurf vorliegende Vertragsarztrechtsänderungsgesetz (VÄG) geschaffen werden.

Auch für die Arznei- und Heilmittelvereinbarungen ist bei der integrierten Versorgung ein Verhandlungsmodell vorgeschrieben, wonach die jeweiligen Ausgabenvolumina von den Vertragspartnern entsprechend der Zahl und Risikostruktur der an der integrierten Versorgung teilnehmenden Versicherten gekürzt werden sollen.

Einbeziehung der Versicherten

Für Versicherte ist die Teilnahme an Formen der integrierten Versorgung freiwillig (§ 140a Abs. 1 S. 1 SGB V). Sie können durch einen Teilnehmebonus entsprechende Anreize erhalten (§ 65a Abs. 2 SGB V). Eine Bindung der Versicherten in der Weise, dass sie sich für

eine bestimmte Zeit durch Einschreibung festlegen können, insoweit Leistungen nur im Rahmen der gewählten integrierten Versorgungsform in Anspruch zu nehmen, ist allerdings nicht ausdrücklich vorgesehen. Es gibt die Ansicht, eine solche Bindung lasse sich implizit aus den Regelungen des § 140c Abs. 1 S. 3 SGB V schließen, da ansonsten die Abgeltung von Leistungen außerhalb der integrierten Versorgungsform durch die Vergütung nach § 140c Abs. 1 S. 1 SGB V nicht möglich sei (Hauck-Engelhardt ab 1989 § 140a SGB V Rz. 19ff.). Man könnte auch noch erwägen, dieses Ergebnis durch die Vorschrift über die partielle Einschränkung des Sicherstellungsauftrags (§ 140a Abs. 1 S. 2 SGB V) zu stützen; jedoch bedarf der Ausschluss des gesetzlichen Wahlrechts der Versicherten eine deutlichere Grundlage. Insbesondere fehlt hier – anders als bei der hausarztzentrierten Versorgung nach § 73b SGB V – eine Ermächtigung an die Kassen, eine derartige Bindung durch Satzungsregelung zu präzisieren. Darum ist davon auszugehen, dass die Versicherten, welche etwa mit dem Ziel eines Bonus nach § 65a SGB V an einer integrierten Versorgungsform im Sinne des § 140a Abs. 2 S. 1 SGB V „teilnehmen“, bei der Wahl damit konkurrierender Leistungserbringer in den kollektiven Systemen zwar ihren Bonus verlieren, nicht aber an der Auswahl – etwa durch Verweigerung der Behandlung – gehindert werden können (so auch – allerdings noch zur Rechtslage vor dem GMG: *Knieps 2002*).

Praktische Bedeutung und Bewertung

Bei der Registrierungsstelle waren zum 31.03.2006 insgesamt 2.214 Verträge zur integrierten Versorgung gemeldet. An diesen Verträgen nehmen 3,5 Mio. Versicherte teil.

Dabei kann sich die Leistung der integrierten Versorgung – je nach Integrationstiefe bzw. breite – auf eher kleinteilige sektorübergrei-

fende Leistungskomplexe oder auf umfassendere populationsbezogene Versorgungskonzepte beziehen. Im Rahmen von sektorübergreifenden Leistungskomplexen werden zum Beispiel Kombinationen von mehreren Einzelleistungen aus mindestens zwei unterschiedlichen Versorgungssektoren zu einer Komplexpauschalleistung zusammengefasst, die dann – meist ergänzt um gezielte Qualitätssicherungsmaßnahmen – zu einer im Vergleich zum sektoralen Status quo insgesamt preisgünstigeren Komplexpauschale angeboten wird. Ein klassisches Beispiel sind hier etwa stationäre Akutversorgung mit Hüft- oder Knieendoprothesen und stationärer und ambulanter Anschlussrehabilitation. Darüber hinaus können jedoch auch ganz neue Formen der Leistungserbringung mit neuen Typen von Leistungserbringern entstehen. So können sich neue Leistungserbringer bilden, die einen umfassenden Versorgungsauftrag – auch mit Budgetverantwortung – für ganze Versichertenpopulationen übernehmen. Solche Formen von populationsbezogener integrierter Versorgung können auf bestimmte Indikationen beschränkt sein (z. B. onkologische Versorgung). Im Rahmen von Vollversorgungsmodellen können sie aber auch indikationsunspezifisch sein und damit die Verantwortung für die medizinische Gesamtversorgung der eingeschriebenen Versicherten umfassen.

Die im Vergleich zur Zeit vor dem GMG relativ intensive Vertragstätigkeit im Bereich der integrierten Versorgung zeigt, dass mit der Neuregelung einige der bisherigen Hürden für die Herausbildung integrierter Versorgungsmodelle beseitigt wurden. So lag zuvor ein wesentliches Entwicklungshemmnis in den per Rahmenvereinbarung der Spitzenbände garantierten Beitrittsrechten „Dritter“ zu geschlossenen Versorgungsverträgen der integrierten Versorgung (*Ebsen et al. 2003*).

Ein noch wesentlicherer Beitrag zum aktiven Vertragsgeschehen in der integrierten Versorgung dürfte jedoch dem 1-Prozent-Budget zuzuschreiben sein. Es sichert die Bereitstellung finanzieller Mittel, die zuvor an Bereinigungshürden der ambulanten Gesamtvergütungen und der Krankenhausvergütungen gescheitert war. Insoweit ist diese pragmatische Regelung der pauschalen Gesamtvergütungs- bzw. Rechnungskürzung positiv zu bewerten, denn dieses „Sonderbudget“ hat zweifelsfrei den Ideenwettbewerb von Krankenversicherungen und Leistungserbringern im Feld der integrierten Versorgung gestärkt.

Allerdings gibt es hinsichtlich der Verwendung der Mittel aus dem 1-Prozent-Budget Unklarheiten, die zunehmend Sozialgerichte und Aufsichtsbehörden beschäftigen und sich im Hinblick auf ein aktives selektives Vertragsgeschehen im Ergebnis in jedem Fall negativ auswirken. Solche Unklarheiten beziehen sich nicht allein auf die Frage, ob die Voraussetzungen des § 140b Abs. 1 SGB V im Hinblick auf die in Frage kommenden Vertragspartner erfüllt sind, sondern auch auf die inhaltliche Mittelverwendung: Können auch „eigentliche“ – auch zum Leistungskatalog in der kollektiven Versorgung gehörende – Versorgungsleistungen aus den Mitteln der Anschubfinanzierung finanziert werden, bzw. müssen umgekehrt Leistungen, die nicht unmittelbar Aktivitäten der Patientenversorgung darstellen, ausgeschlossen werden? Beide – einander diametral entgegengesetzte Positionen – werden derzeit in der Praxis der Verhandlungen um das 1-Prozent-Budget gelegentlich vertreten. Dabei macht diese Unterscheidung aus medizinbetrieblicher Sicht grundsätzlich wenig Sinn, weil sich „eigentliche“ Versorgungsleistungen von „anderen“ Aktivitäten, die mit ihrer Vorbereitung, Ergänzung und Dokumentation verbunden sind, nicht sinnvoll unterscheiden lassen. So sind etwa auch bei Vertragsärzten die Reinigung der Arztpraxis, die Teilnahme an Qualitätszirkeln oder die Quartalsabrechnung untrennbar mit Ver-

sorgungsleistungen verbunden, obwohl sie nicht direkt „am Patienten“ erbracht werden.

Unabhängig von der grundsätzlich positiven Bewertung des 1-Prozent-Budgets der Anschubfinanzierung gilt es zu beachten, dass diese Regelung einerseits wegen ihrer Befristung, andererseits und vor allem aber auch wegen ihrer sachlogisch verzerrten Systematik (Pauschalabzug statt Vergütungskürzung dort, wo Leistungen nicht mehr kollektivvertraglich erbracht werden) keine ordnungspolitisch konsistente und dauerhaft tragfähige Finanzierungslösung zur Etablierung von selektivvertraglich vereinbarter integrierter Versorgung als Regelversorgung darstellt. Die Schnittstellenproblematik mit den kollektiven Sektorbudgets stellt sich weiterhin, sobald die 1-Prozent-Mittel ausgeschöpft sind oder wenn die Regelung nicht mehr gilt. Die dann geltenden offen gehaltenen Verhandlungslösungen können angesichts der divergierenden Interessen der Beteiligten jedoch ohne klare gesetzliche Vorgaben zu den dabei zu berücksichtigenden Kriterien kaum zu brauchbaren Lösungen führen. Dafür reichen die Vorgaben des § 140d Abs. 2 SGB V nämlich nicht aus, weil sie sich zwar auf die Risikostruktur der an integrierten Versorgungsverträgen teilnehmenden Versicherten und den jeweils vereinbarten Versorgungsauftrag beziehen, aber keine Angaben zu deren monetärer Bewertung enthalten.

Die Gefahr der Mehrfachfinanzierung von traditioneller und integrierter Versorgung ist damit insgesamt nicht zufrieden stellend gelöst. Letztlich bleibt auch bei der integrierten Versorgung nach derzeitiger Rechtslage das Problem, dass sie in Bezug auf die Vergütung – spätestens nach der Ausschöpfung der 1-Prozent-Mittel bzw. nach deren Auslaufen – als „Add-on“ zu bestehenden Kollektivverträgen finanziert werden muss. Dies dürfte schon heute ein Hinderungsgrund

für die Entwicklung wirklich innovativer Modelle sein, die erst nach längerer Dauer und nur unter Berücksichtigung von Einsparungen in den traditionellen Versorgungsformen ihre Überlegenheit in Bezug auf Wirtschaftlichkeit und Qualität erweisen können.

In diesem Zusammenhang liegt ein besonderes Problem für die Etablierung von umfassenderen integrierten Versorgungsformen in der bisher weitgehend ungelösten Investitionsproblematik. Anders als bei den oben vorgestellten selektivvertraglichen Möglichkeiten im Bereich der sektoralen Versorgung, handelt es sich bei umfassenderen, sich nicht nur auf punktuelle Versorgungselemente erstreckenden Formen integrierter Versorgung um ganz neue „Versorgungsprodukte“, die im bisherigen sektoralen Versorgungsgeschehen keine Entsprechung haben. Wenn jedoch ganz neue Versorgungsstrukturen entstehen sollen, ist zwar das vorhandene Wissen über sektorale Leistungserstellung und -organisation wichtig, aber es ist vielfach unzureichend für die erforderliche Entwicklung neuer Vergütungssysteme sowie Fragen der medizinischen und betrieblichen Produktionsplanung und Organisationsentwicklung integrierter Versorgungsformen (*Jacobs/Schulze 2004*). Der hierfür erforderliche Investitionsbedarf wird sowohl zeitlich als auch finanziell unterschätzt und ist mit der Ausnahme der befristeten Befreiung vom Gebot der Beitragsatzstabilität und den Mitteln des 1-Prozent-Budgets nicht gelöst. Die Bereitschaft, die hierfür erforderlichen Mittel aufzubringen, kann nur dadurch gefördert werden, dass die Anschubfinanzierung erhalten oder sogar ausgebaut wird und dass die Vertragspartner derartiger umfassender Formen integrierter Versorgung längerfristig mit Effizienzgewinnen rechnen können, die letztlich nur im Wege der Bereinigung aus den kollektiven Vergütungssystemen kommen können.

Integrierte Versorgung bedingt Zusammenschlüsse verschiedener Leistungserbringer, wobei es für die Entwicklung und Erprobung neuer Versorgungsformen wünschenswert ist, dass der organisatorischen Vielfalt möglichst wenig Grenzen gesetzt werden. Grundsätzlich kommen zum Zweck des Abschlusses von Verträgen über integrierte Versorgung auf Seiten der Leistungserbringer alle zulässigen Organisationsformen in Betracht, wie es § 95 Abs. 1 S. 3 SGB V für die MVZ bestimmt. Dies kann allerdings zu einigen Problemen des Zusammenspiels von ärztlichem Berufsrecht der Länder und GKV-Leistungserbringungsrecht führen, da es in den Heilberufegesetzen der Länder und den darauf beruhenden Berufsordnungen der Ärztekammern einschränkende berufsrechtliche Regelungen über ärztliche Kooperationen gibt. Hierauf wurde bereits im Gutachten „Vertragswettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung zur Verbesserung von Qualität und Wirtschaftlichkeit der Gesundheitsversorgung“ eingegangen (*Ebsen et al. 2003*). Das ist schon für reine Ärzte-MVZ ein relevantes Thema; Kooperationen zwischen Ärzten und Angehörigen anderer Heilberufe sind berufsrechtlich noch heikler.

Ein weiteres Hemmnis für neue, allein an optimaler Versorgungseffizienz und darauf bezogene Organisationsformen orientierte Vertragsgestaltungen kann sich aus der steuerrechtlichen Ungleichbehandlung unterschiedlicher Rechtsformen und Vertragsbeziehungen ergeben. Dies kann zum einen die Umsatzsteuer betreffen. Selbständige Leistungen an Patienten zur Krankenbehandlung und darauf bezogenen Diagnose sind nach nationalem und Gemeinschaftsrecht von der Umsatzsteuer befreit. Diese Befreiung ist auch unabhängig von der Rechtsform des Leistungserbringers, gilt also etwa auch für Leistungen durch juristische Personen. Allerdings kann nach gegenwärtiger Rechtslage in der Interpretation der Finanzgerichte diese Befreiung dadurch hinfällig werden, dass – etwa durch einen Vertrag über in-

tegrierte Versorgung mit einem Träger nach § 140b Abs. 1 Nr. 4 SGB V oder durch Verträge, bei welchen ein Leistungserbringer im Außenverhältnis allein auftritt – einzelne Leistungserbringer rechtlich ihre Leistungen nicht dem Patienten gegenüber erbringen, sondern dem Träger oder dem Hauptkontraktor unter den Leistungserbringern. Ebenfalls kann es umsatzsteuerrechtlich ein Problem sein, wenn bestimmte Leistungen nicht unmittelbar Krankenbehandlung darstellen, sondern etwa das Management des integrierten Versorgers. Hierauf und auch auf das folgende gewerbesteuerrechtliche Thema wird in *Kapitel 4 „Weitere Schritte auf dem Weg zu mehr Vertragswettbewerb“* noch genauer eingegangen.

Auch die Vorschriften über die Gewerbesteuer können ein Hemmnis für die Wahl optimaler Rechtsgestaltungen sein. Krankenbehandlung durch selbständige Leistungserbringer ist gewerbesteuerfrei, sofern diese als freiberuflich anzuerkennen sind. Hier kann zum einen die Wahl der Rechtsform ein Problem sein, da insbesondere die GmbH als geeignete Rechtsform grundsätzlich Gewerbesteuerpflicht auslöst. Zum anderen kann eine zu enge Kooperation mit gewerbesteuerpflichtigen Leistungserbringern (etwa Apotheken oder Lieferanten von Hilfsmitteln) nach der gegenwärtigen Rechtslage in der Interpretation der Finanzgerichte zu einer „Infizierung“ auch der eigentlich freiberuflichen Leistungen und damit zur Gewerbesteuerpflicht führen.

3.3.9 Verträge mit Leistungserbringern im Ausland nach § 140e SGB V

Eine etwas versteckte, aber in ihrer Offenheit interessante Form selektiven Kontrahierens sieht § 140e SGB V vor, wonach Krankenkas-

sen zur Versorgung ihrer Versicherten nach Maßgabe des Dritten Kapitels SGB V und des dazu ergangenen untergesetzlichen Rechts – also gemäß dem zwischen Kasse und Versichertem geltenden Leistungsrecht – Verträge mit Leistungserbringern im EU- und EWR-Ausland schließen können. Es kommen nur solche Vertragspartner in Betracht, welche die Voraussetzungen erfüllen, die § 13 Abs. 4 S. 2 SGB V für die Inanspruchnahme entsprechender ausländischer Leistungserbringer durch Versicherte im Wege der Kostenerstattung vorsieht. Das heißt, die Bedingungen des Zugangs zum Beruf und dessen Ausübung müssen Gegenstand einer Richtlinie der EG sein, oder die jeweiligen Leistungserbringer müssen im jeweiligen nationalen System der Krankenversicherung ihres Aufenthaltsstaates zur Versorgung der Versicherten berechtigt sein. Im Übrigen besteht ein umfassender Spielraum für Gestaltungen des Leistungsinhalts und für die Vergütung.

Regelungen über Bereinigungen der nationalen kollektiv zu vereinbarenden Vergütungen fehlen. Das entspricht der gegenwärtig Praxis bei Inanspruchnahme ausländischer Leistungserbringer nach § 13 Abs. 4 SGB V im Wege der Kostenerstattung und gilt auch für die Leistungserbringung im Wege der Sachleistungsaushilfe nach Art. 22 VO/EWG 1408/71 bzw. alsbald nach Art. 19 und 20 VO/EG/ 883/04. Für die Vertragspartner der kollektiven Vergütungsverträge gibt es jedenfalls keine Verpflichtung, die im Ausland erbrachten Leistungen zu berücksichtigen. Damit dürfte § 140e SGB V allerdings nur insoweit für Krankenkassen interessant sein, als die „Bereinigung“ gewissermaßen von selbst dadurch stattfindet, dass auch im Inland die Vergütung sich im wesentlichen unmittelbar aus Leistungsmengen ergibt. Dies ist der Fall für nichtärztliche Leistungserbringung, Rehabilitation und in eingeschränkter Weise auch im Fallpauschalensystem für Krankenhausleistungen.

Die Vorschrift könnte allerdings insofern Modellcharakter für erweiterte Möglichkeiten selektiver Verträge auch im Inland haben, als sie anders als Modellvorhaben auch langfristige Kooperationen ermöglicht, anders als integrierte Versorgung auch sektorspezifische Verträge erlaubt und anders als alle sonstigen selektiven Vertragsoptionen auch Leistungserbringer außerhalb der kollektiven Zulassungssysteme einbezieht. Für Letztere wird anstelle der mit dem Zulassungsakt verbundenen Qualitätskontrolle auf andere – hier nur sehr schwache – alternative Kriterien verwiesen. Das könnte aber bei einer Übertragung des Modells auf den inländischen Bereich auch anders geregelt werden, indem z. B. anstelle der Zulassung selbst auf die Zulassungsvoraussetzungen abgestellt wird und deren Einhaltung durch Vertrag zwingend gefordert wird.

3.4 Zwischenfazit: Veränderungsbedarf im Recht selektiver Verträge

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass die insbesondere durch das GMG weiter gestärkte Ausweitung selektiver Vertragsmöglichkeiten am Leistungsmarkt das Potenzial für Vertragswettbewerb und damit Wettbewerb um die Art, Qualität und Preis der Leistungserbringung in der GKV prinzipiell erhöht. Die Nutzung von selektiven Vertragsmöglichkeiten zeigt zudem – der teilweise noch unzulänglichen gesetzlichen Ausgestaltung zum Trotz –, dass die Eröffnung entsprechender Vertragsfreiheiten ein unerlässliches Gegenstück zu dem mit der freien Kassenwahl installierten Wettbewerb der Krankenkassen um Versicherte darstellt. Ohne eine wettbewerbliche Entsprechung am Leistungsmarkt bliebe die bereits vor mehr als zehn Jahren realisierte Wettbewerbsorientierung am Versicherungsmarkt weiterhin weitgehend funktionslos. Aber auch im Hinblick auf die Wettbewerbsbezie-

hungen zwischen Leistungserbringern um Patienten am Behandlungsmarkt kann die wettbewerbliche Öffnung am Leistungsmarkt wesentliche neue Impulse geben.

Die Analyse der mittlerweile zahlreichen selektiven Vertragsoptionen und ihrer jeweiligen Wirkung macht jedoch deutlich, dass von „Vorfahrt für wettbewerbliche Selektivverträge“ nach wie vor keine Rede sein kann. Zunächst ist die Zahl selektiver Vertragsoptionen im SGB V lediglich deshalb so groß, weil diese jeweils als Appendix der zahlreichen – überwiegend unverändert plan- und kollektivwirtschaftlich verfassten – Gesetzesregelungen zu den bestehenden sektoralen Beziehungen zwischen Krankenkassen(verbänden) und der Leistungserbringerseite anzusehen sind. Weil sie somit auf den jeweiligen, teilweise höchst unterschiedlich gestalteten sektoralen Kollektivvorschriften aufsetzen und sich in aller Regel an deren Grundlogik orientieren, sind auch die selektiven Vertragsmöglichkeiten durch ein hohes Maß an Uneinheitlichkeit gekennzeichnet und bilden – wie bei der vorangehenden Analyse deutlich geworden ist – einen „bunten Strauß von Partikularlösungen“. Dies ist insofern eine Behinderung selektivvertraglicher Wettbewerbsorientierung, als die Entwicklung und Administration disparater Vertragstypen einen unnötigen Verwaltungsaufwand sowohl bei den Kassen als auch bei den Leistungserbringern bedingen. Eine wesentliche Ausnahme stellen die Vorschriften zur integrierten Versorgung dar, die mangels Anknüpfungsmöglichkeit an vorhandene vor-wettbewerbliche Regelungen insoweit für Krankenkassen und Leistungserbringer von vornherein einen eigenständigen wettbewerblichen Handlungsbereich außerhalb bestehender Kollektivregelungen bilden.

Daneben zeichnet sich die integrierte Versorgung vor allem durch ein weiteres Spezifikum aus, das letztlich dafür verantwortlich ist, dass

allein in diesem Bereich von selektiven Vertragsoptionen überhaupt nennenswert Gebrauch gemacht wird. Mit dem 1-Prozent-Budget der Anschubfinanzierung stehen Finanzmittel zur Verfügung, die für den nicht unbeträchtlichen Investitionsbedarf zur Entwicklung und Installation neuer, sektorübergreifender Versorgungsformen genutzt werden können. Gleichzeitig bedeutet diese pauschale Anschubfinanzierung aber auch einen pragmatischen Einstieg in die Bereinigung kollektiver Vergütungen, ohne welche selektive Vertragsabschlüsse letztlich zwangsläufig zu einer „Add-on-Finanzierung“ führen. Dieser Effekt würde jedoch ein wesentliches Ziel der Wettbewerbsorientierung am Leistungsmarkt – die Identifizierung und Ausschöpfung von Effizienzreserven der Gesundheitsversorgung – von vornherein nennenswert erschweren, wenn nicht gänzlich unmöglich machen.

Dass Vertragspartner von den Möglichkeiten zur integrierten Versorgung rege Gebrauch machen, die anderen selektiven Vertragsoptionen dagegen nur geringe Beachtung finden, liegt nicht daran, dass die Akteure nicht willens oder in der Lage wären, die neuen Möglichkeiten des GMG zu nutzen, sondern dass diese Möglichkeiten nicht hinreichend zweckmäßig ausgestaltet sind. Dies zeigt sich besonders anschaulich am Beispiel der hausarztzentrierten Versorgung. Diese wird von vielen Kassen grundsätzlich als interessantes Managed-Care-Instrument eingeschätzt, nicht jedoch im Rahmen der § 73b-Regelungen, die unter dem Vorbehalt kollektivvertraglicher Rahmenvereinbarungen stehen und keinen garantierten Bereinigungsanspruch vorsehen. Deshalb suchen einzelne Krankenkassen den Umweg, „eigentlich“ hausarztzentrierte Versorgung im Rahmen der Vorschriften zur integrierten Versorgung zu vereinbaren. Dies verweist auf das grundsätzlich vorhandene Potenzial für selektive Verträge innerhalb bestimmter Versorgungssektoren und zugleich auf die nicht praktikable Regulierung. Mit solchem Potenzial ist grundsätzlich auch

bei ambulanten Leistungen im Krankenhaus zu rechnen, doch auch hier ist bei der Analyse deutlich geworden, dass angesichts fehlender Bereinigungsvorschriften in Bezug auf Kollektivvergütungen derzeit kein Anreiz bei den Kassen besteht, entsprechend aktiv zu werden. Warum sollen sie noch einmal Leistungen vergüten, die bereits – je nachdem, welche Leistungen durch ambulante Krankenhausleistungen substituiert werden – im Rahmen der Krankenhausbudgets bzw. der vertragsärztlichen Gesamtvergütung bezahlt werden? Die Frage der Bereinigung der Kollektivvergütungen ist damit der Dreh- und Angelpunkt zur erfolgreichen Umsetzung selektiver Vertragsoptionen im Sinne einer verstärkten Versorgungseffizienz.

Wenngleich sich das 1-Prozent-Budget zur Anschubfinanzierung in der integrierten Versorgung – trotz noch bestehender Unklarheiten bezüglich seiner Verwendung – als pragmatisches Erfolgsrezept erwiesen hat, greift seine Wirkung jedoch zu kurz. Ein lediglich dreijähriger Zeitraum reicht nicht aus, um Investoren hinreichende Sicherheit für umfangreiche Investitionen in die Entwicklung „echter“ Strukturinnovationen zu geben, wie sie insbesondere für populationsbezogene Vollversorgungskonzepte erforderlich sind. Die von der Bundesregierung in Aussicht gestellte Verlängerung um lediglich ein Jahr kann diesen Mangel in keiner Weise ausgleichen. Hier sind deutlich längere Zeiträume notwendig.

Darüber hinaus ist die 1-Prozent-Regelung aber auch nicht geeignet, eine konsistente Bereinigung von Kollektivvergütungen zu ersetzen, die spätestens nach Auslaufen der Anschubfinanzierung, aber auch schon vorher bei deren Überschreitung zwingend dauerhaft erforderlich ist. Dies ist zurzeit jedoch bei keiner einzigen selektiven Vertragsoption vorgesehen. Die Lösung dafür den Kollektivvertragsparteien zu überlassen, scheint jedoch angesichts der divergierender

Interessen von vornherein zum Scheitern verurteilt. Die derzeit existierenden Bereinigungsvorschriften – etwa bei Modellvorhaben und bei der integrierten Versorgung, wo es lediglich heißt: „entsprechend der Zahl und Risikostruktur der teilnehmenden Versicherten“ – sind kaum umsetzungsfähig, weil sie nicht das grundlegende Prinzip festlegen, auf welches die Bereinigung auszurichten ist, um Effizienzgewinne zu realisieren: nämlich Einsparungen gegenüber der traditionellen Versorgung. Sie kann dies auch deswegen nicht leisten, weil bei ihr jeweils die entstandenen Ausgaben in den Selektivverträgen abgezogen werden können – und damit keine Effizienzgewinne realisiert werden können: Werden durch die Selektivverträge Einsparungen in der ambulanten oder stationären Versorgung erzielt, kann entsprechend weniger aus den dortigen Budgets abgezogen werden.

Wenig einleuchtend ist auch, dass selektive Verträge nur mit (sektoral) zugelassenen Leistungserbringern geschlossen werden können. Dadurch wird das wettbewerbliche Such- und Entdeckungspotenzial selektiver Vertragsoptionen insbesondere bei sektorübergreifenden Versorgungsformen unnötig eingeschränkt – zumindest wenn man davon ausgeht, dass integrierte Versorgung „mehr“ ist bzw. sein kann als die bloße Verknüpfung der Leistungserstellung aus vormals voneinander abgeschotteten Versorgungssegmenten. Zudem: Warum sollen sich etwa neue Leistungserbringer um eine Zulassung im Kollektivvertragssystem bemühen, wenn sie möglicherweise überhaupt nicht vorhaben, in diesem Rahmen tätig zu werden, sondern Versorgungsleistungen ausschließlich im Rahmen selektiver Versorgungsformen erbringen wollen?

Ein wesentliches Fazit der Analyse betrifft schließlich den Aspekt der Versichertenbindung. Die Möglichkeit zur freiwilligen und befristeten Selbstbindung an selektivvertraglich vereinbarten Versorgungsformen

bedeutet eine Ausweitung der Versichertenautonomie, weil damit die individuellen Wahlmöglichkeiten gegenüber dem kollektivvertraglichen Status quo nach Zahl und Art erweitert werden. Damit Krankenkassen mit Leistungserbringern – nicht nur bei selektiven Verträgen zur ärztlichen Versorgung, sondern etwa auch bei Rabattvereinbarungen mit Arzneimittelherstellern oder Hilfsmittelproduzenten – erfolgreiche Vergütungsverhandlungen führen können, müssen sie diesen für deren Kalkulation hinreichend gesicherte Erwartungen über Absatzmengen in Aussicht stellen können. Dazu ist es jedoch erforderlich, dass sich Versicherte der entsprechenden Kasse für einen bestimmten Zeitraum verpflichtend an bestimmte Versorgungsmodelle binden. Dies verbessert zugleich wesentlich die Bedingungen für die Gewährung eines Teilnahmebonus – in Form reduzierter Zuzahlungen oder von Beitragsrabatten – für die Versicherten, um diese so an den realisierten Effizienzerfolgen zu beteiligen.

Im Hinblick auf eine Weiterentwicklung der vertragswettbewerblichen Rahmenbedingungen ergeben sich aus den bisherigen Erfahrungen somit drei zentrale Schlussfolgerungen:

- Die derzeit bestehenden Möglichkeiten zu selektiven Vertragsvereinbarungen sind weithin disparat, weil sie im Wesentlichen jeweils auf die bestehenden sektoralen Kollektivregelungen „aufgesetzt“ sind. Eine in sich schlüssige Konzeption für selektivvertragliche Regelungen am Leistungsmarkt – in sektoraler wie sektorübergreifender Perspektive – kommt so nicht zustande.
- Die Koordinierung zwischen selektivvertraglichen Vereinbarungen und weiterhin bestehenden sektoralen Kollektivregelungen ist unzureichend. Insbesondere fehlen eindeutige gesetzliche Vorgaben zur verpflichtenden Bereinigung kollektiver Vergütungsregelungen, die der Gefahr der Doppelfinanzierung von selektiv vereinbarten

Versorgungsleistungen entgegenwirken. Damit wird jedoch ein zentrales Ziel einer wettbewerblichen Öffnung des Leistungsmarktes – nämlich die Identifizierung und Ausschöpfung von Effizienzpotenzialen in der Gesundheitsversorgung – von vornherein in Frage gestellt.

- Für die Versicherten fehlt weithin die Möglichkeit zur freiwilligen Selbstbindung an selektivvertraglich vereinbarte Versorgungsformen und damit die Chance, Preisnachlässe der Leistungserbringer zu ihrem eigenen unmittelbaren Vorteil in Beitrags- oder Zuzahlungsrabatte umzumünzen.

4 Weitere Schritte auf dem Weg zu mehr Vertragswettbewerb

Die vorangehenden Kapitel haben gezeigt, dass der Gesetzgeber zwar in den letzten Jahren eine Reihe von Maßnahmen ergriffen hat, die zu einer Stärkung von Vertragswettbewerb führen sollen. Diese Maßnahmen weisen jedoch auch Defizite auf. Insbesondere waren die Anreize für die Akteure teilweise nicht angemessen ausgestaltet. Daher kann es auch nicht überraschen, dass die vom Gesetzgeber eingeräumten Gestaltungsmöglichkeiten von den Akteuren teilweise nur wenig genutzt wurden. Dies ist nicht der Unfähigkeit oder mangelnden Bereitschaft der Akteure zuzuschreiben. Letztere haben vielmehr Chancen und Risiken, durch die vom Gesetzgeber bereitgestellte Instrumente ihre Wettbewerbsposition zu verbessern, rational analysiert und dementsprechend verhalten reagiert.

Vor diesem Hintergrund werden in diesem Kapitel konkrete Vorschläge entwickelt, die zu einer weiteren Stärkung von Vertragswettbewerb in der GKV führen sollen. Sie sind als notwendige Schritte auf dem Weg zu einer vollkommen selektivvertraglichen Steuerung des Leistungsgeschehens (*Ebsen et al. 2003*) zu verstehen und gehen ungeachtet dieser Zielsetzung sämtlich davon aus, dass es auf absehbare Zeit bei einem Nebeneinander von Kollektivverträgen und Selektivverträgen bleiben wird (*siehe zur Transformationsstrategie auch Abschnitt 2.2.3 „Pragmatische Schrittstrategie als Lösungsweg“*). Möglich wird allerdings mit diesen Vorschlägen auch eine sich selbst steuernde weitgehende Transformation vom Kollektivvertragssystem in ein System selektiver Verträge.

Die in diesem Kapitel dargestellten Vorschläge sollen insbesondere durch eine erneute Modifikation und Vereinfachung der Vorschriften zur integrierten Versorgung die erkannten Probleme lösen und dadurch einen Ausbau der wettbewerblichen Handlungsoptionen von Krankenkassen und Leistungserbringern ermöglichen. Die Vorschläge sind vom Gesetzgeber vergleichsweise einfach umzusetzen und setzen für Krankenkassen und Leistungserbringer substanzielle Anreize zur Entwicklung von Innovationen und zur Realisierung von Wirtschaftlichkeitspotenzialen. Im ersten Teil werden die Vorschläge inhaltlich entwickelt. Im zweiten Teil folgen Vorschläge für die gesetzgeberische Umsetzung

Die Umsetzung dieser Vorschläge muss in einen adäquat ausgestalteten Ordnungsrahmen des Kassenwettbewerbs eingebunden sein. Hierbei kommt der morbiditätsorientierten Weiterentwicklung des RSA, wie sie der Gesetzgeber mit der RSA-Reform von 2001 beschlossen hat, besondere Bedeutung zu – sichert sie doch, dass die wettbewerblichen Freiheiten für die Krankenkassen nicht zur Risikoselektion genutzt werden, sondern sich die Krankenkassen durch Verbesserung von Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung im Wettbewerb profilieren.

4.1 Vorschläge für konkrete Maßnahmen

4.1.1 Mehr Möglichkeiten für sektorspezifische Selektivverträge

Die Analyse in *Kapitel 3 „Darstellung und Bewertung vorhandener Instrumente für selektive Verträge“* hat verdeutlicht, dass die Ver-

tragspartner bei den meisten selektivvertraglichen Instrumenten nur eingeschränkte Möglichkeiten bei der Vertragsgestaltung haben. Die relativ weitgehenden Gestaltungsmöglichkeiten, die insbesondere das GMG in den §§ 140a ff. SGB V normiert hat, sind daran geknüpft, dass es sich um „integrierte Versorgung“ handelt. Der Gesetzgeber hat die Freiräume von Selektivverträgen damit an das Vorliegen von sektorübergreifender bzw. interdisziplinär-fachübergreifender Versorgung geknüpft. Jedoch liegen auch in sektoralen Selektivverträgen Potenziale der Verbesserung von Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung.

Die sonstigen gesetzlichen Gestaltungsmöglichkeiten außerhalb der integrierten Versorgung sind jedoch, wie die Analyse in *Kapitel 3* gezeigt hat, für die Verbesserung wettbewerblicher Strukturen durch Selektivverträge nur sehr eingeschränkt geeignet. Folglich ist es nicht verwunderlich, dass eine Reihe von Akteuren in den vergangenen zwei Jahren das formale Gerüst eines Vertrages zur integrierten Versorgung genutzt hat, um „eigentlich“ nur sektorspezifische Ziele zu erreichen (siehe die Diskussion um den „Hausarztvertrag“ der Barmer Ersatzkasse in *Abschnitt 3.3.3 „Hausarztzentrierte Versorgung nach § 73b SGB V“*).

Das Ziel, auch für sektorspezifische Verträge die erforderlichen Spielräume für wettbewerbliche Such- und Entdeckungsprozesse zu schaffen, könnte leicht einfach durch Öffnung des geschaffenen Rahmens der integrierten Versorgung auch für sektorale Selektivverträge erreicht werden. Die bisher nur für die integrierte Versorgung geltenden Regelungen sollten daher künftig auch für sektorale Verträge genutzt werden, indem die bisherigen beschränkenden Voraussetzungen (verschiedene Leistungssektoren übergreifende Versorgung oder interdisziplinär fachübergreifende Versorgung) entfallen.

4.1.2 Verlängerung und Ausweitung der Anschubfinanzierung

Die mit dem GMG ab 1. Januar 2004 eingeführte Anschubfinanzierung der integrierten Versorgung hat sich als wesentlicher Motor für einen Ausbau selektivvertraglicher Regelungen erwiesen. Kurzfristig kann auf sie nicht verzichtet werden. Dies hat auch die Koalitionsvertrag von CDU, CSU und SPD in Ansätzen erkannt, indem er die Verlängerung dieser zunächst bis zum 31.12.2006 geltenden Regelung um ein Jahr in Aussicht gestellt hat; eine gesetzliche Umsetzung dieser Absicht soll durch das Vertragsarztrechtsänderungsgesetz erfolgen. Wie die Analyse weiter oben gezeigt hat, weist die Anschubfinanzierung jedoch auch Mängel auf. Sie kann nur für sektorübergreifende Selektivverträge genutzt werden und bietet keine hinreichende langfristige Investitionssicherheit für die Beteiligten. Auch sind die Regelungen zur Mittelverwendung nicht hinreichend klar. Schließlich wird der Bereich der zahnmedizinischen Versorgung, obwohl potentiell ebenfalls Gegenstand von integrierter Versorgung, nicht einbezogen.

Vor diesem Hintergrund sind folgende Veränderungen notwendig:

- a) Die Regelung zur pauschalen Bereinigung („Anschubfinanzierung“, § 140d SGB V) wird künftig auch für sektorale Selektivverträge nutzbar gemacht. Dies entspricht der vorgeschlagenen Öffnung des bisherigen Regelungsrahmens der integrierten Versorgung für allein sektorale Selektivverträge. Demgemäß würde durch die Beseitigung der Koppelung des Abschlusses von Selektivverträgen an die Erfordernis, dass diese „sektorübergreifend“ (bzw. interdisziplinär-fachübergreifend) sein müssen, auch die entsprechende Beschränkung der Anschubfinanzierung entfallen.

b) Mit der Erweiterung des Anwendungsbereiches der Regelung zur Anschubfinanzierung auch auf sektorale Selektivverträge sollte eine Verdoppelung des Volumens der pauschalen Bereinigung einhergehen. Dies ist erforderlich, damit auch rein sektoral orientierte Selektivverträge und insgesamt mehr selektive Verträge durch die Anschubfinanzierung gefördert werden können. Hierfür kommen zwei alternative Möglichkeiten in Betracht:

I.) Die Anschubfinanzierung wird von bis zu ein Prozent der Gesamtvergütung bzw. der Krankenhausrechnungen auf bis zu zwei Prozent der gleichen Bemessungsgrundlage erhöht. Außerdem sollten sich auch Zahnärzte mit bis zu zwei Prozent aller den Krankenkassen in Rechnung gestellten Leistungen an der Anschubfinanzierung beteiligen. Jede Krankenkasse kann dieses Finanzierungsvolumen sowohl für Verträge mit sektorübergreifendem Charakter als auch für sektorspezifisch orientierte Verträge nutzen.

II.) Die bisherige Anschubfinanzierung in Höhe von bis zu ein Prozent bleibt für Verträge mit sektorübergreifendem Charakter („integrierte Versorgung“) erhalten und wird ergänzt durch eine weitere Anschubfinanzierung in Höhe von bis zu ein Prozent für sektorspezifische Selektivverträge. Die Bemessungsgrundlage der Anschubfinanzierung ist identisch mit Alternative I.).

Lösung I.) lässt den Vertragspartner mehr Freiheiten. Eine Einordnung der Verträge in die Kategorien „sektorübergreifend“, „interdisziplinär-fachübergreifend“ oder „sektorspezifisch“ ist nicht mehr notwendig. Dies hat den positiven Nebeneffekt, dass Streitigkeiten darüber vermieden werden, ob die Anschubfinanzierung

wirklich für „echte“ Integrationsverträge verwendet wird. Denn hierauf kommt es nicht mehr an. Diesem Vorteil steht der Nachteil gegenüber, dass möglicherweise zur Finanzierung rein sektorspezifischer Verträge bis zu einem Volumen von 2 Prozent Leistungserbringer aus anderen Sektoren herangezogen werden. Dieser Nachteil wird bei Lösung II.) vermieden. Diese Lösung bedarf allerdings einer (möglicherweise weiterhin zu gerichtlichen Auseinandersetzungen führenden) Einordnung der Verträge in die Kategorien „sektorspezifisch“ oder „sektorübergreifend“.

- c) Bislang sind erst wenige Verträge der integrierten Versorgung geschlossen worden, die durch eine grundlegende Neugestaltung von Versorgungsstrukturen nachhaltige Veränderungen bewirkt haben bzw. solche Veränderungen erwarten lassen (*siehe Abschnitt 3.3.8 „Verträge über integrierte Versorgung nach §§ 140a ff. SGB V“*). Dies liegt wesentlich auch daran, dass für nachhaltige Impulse eine hinreichende Investitionssicherheit der Vertragspartner erforderlich ist. Grundsätzlich ist die Anschubfinanzierung ein geeignetes Instrument, solche Investitionssicherheit zu gewährleisten. Allerdings würde dies voraussetzen, dass die Zeitspanne hinreichend groß ist, über die das Instrument der Anschubfinanzierung eingesetzt werden kann. Die Anschubfinanzierung war vom Gesetzgeber im GMG mit einem demnächst ablaufenden Zeitrahmen von drei Jahren ausgestaltet worden. Bis jedoch neue Konzepte sektorübergreifender Versorgung entwickelt werden konnten, war ein großer Teil dieser Zeitspanne bereits verstrichen. Andere Projekte, die einen größeren zeitlichen Vorlauf benötigen würden, sind erst gar nicht in Angriff genommen worden. Darüber hinaus sind zahlreiche im Jahr 2005 umgesetzte Projekte der integrierten Versorgung noch nicht so weit fortgeschritten, dass ein aussagefähiges Vertragscontrolling möglich wäre. Damit können

Kassen und Leistungserbringer noch nicht abschätzen, ob ihre Erwartung hinsichtlich Qualität und Wirtschaftlichkeit der Projekte erfüllt werden konnten (*Jacobs/Schulze 2004*). Auch die vom Gesetzgeber beabsichtigte Verlängerung der Anschubfinanzierung um ein Jahr ändert hieran nichts Wesentliches. Erforderlich ist daher ein deutliches Signal, dass eine hinreichende Zeitspanne für die Vorbereitung und Implementation neuer und die Fortführung bisheriger Modelle der integrierten Versorgung gegeben ist. Daher ist eine Verlängerung um weitere fünf Jahre notwendig.

- d) Zugleich sollte klargestellt werden, dass die Mittel aus der Anschubfinanzierung für alle Aufgaben verwendet werden können, die im unmittelbaren Zusammenhang mit der Vorbereitung, Durchführung und Dokumentation selektivvertraglich vereinbarter Versorgungsleistungen stehen. Dies vermeidet Streitigkeiten über die Abgrenzung der Aufwendungen, die durch die Entwicklung integrierter Versorgungskonzepte entstehen. Der durch die Klarstellung präzisierte breite Anwendungsbereich ist in der Sache gerechtfertigt, da gerade für innovative umfassendere Konzepte selektivvertraglicher Versorgung Aufwendungen für deren Entwicklung, Implementation und begleitende Kontrolle anfallen, ohne welche die erwarteten Verbesserungen von Wirtschaftlichkeit und Qualität der eigentlichen Versorgungsleistungen weder zu erreichen noch zu belegen sind.

- e) Darüber hinaus ist es erforderlich, dass die zeitliche Verfügbarkeit über die Mittel der Anschubfinanzierung modifiziert wird. In dem um fünf Jahre verlängerten Zeitraum (*siehe oben unter c*) sollten die Krankenkassen jeweils zwei Jahre Zeit erhalten, die Anschubfinanzierung eines Jahres auszuschöpfen. Insbesondere für komplexere Modelle der selektivvertraglichen sektorübergreifenden

Versorgung ist ein Jahr zu kurz, um ein geplantes selektivvertragliches Projekt so zum Laufen zu bringen, dass die Voraussetzungen der Inanspruchnahme der Anschubfinanzierung erfüllt sind. Darum muss es den Krankenkassen möglich sein, Mittel eines Jahres auf das kommende Jahr zu verlagern – wenn dies aus Gründen der Projektentwicklung angezeigt ist. Auf diese Weise kann ein selektivvertragliches Projekt in einem Jahr von der Kasse (oder von Leistungserbringern) vorfinanziert und im Folgejahr aus Mitteln von zwei Jahren bezahlt werden.

- f) Die Gutachter schlagen darüber hinaus dem Gesetzgeber eine Verordnungsermächtigung vor: Wenn sich nach drei Jahren zeigt, dass das zur Verfügung stehende Mittelvolumen der pauschalen Anschubfinanzierung nicht ausgenutzt wird, soll der von einer Kasse nicht genutzte Anteil an der Anschubfinanzierung auf andere Krankenkassen übertragen werden können. Eine solche „Ankündigung“ des Gesetzgebers dürfte dazu beitragen, dass die zur Verfügung stehenden Mittel von der weit überwiegenden Zahl der Kassen auch ausgeschöpft werden.
- g) Angesichts diverser Auseinandersetzungen zwischen Krankenkassen und Vertragspartnern von Kollektivverträgen über Budgetkürzungen und die im Zusammenhang damit stehenden Nachweispflichten schlagen wir vor, die Nachweispflichten und die von den Vertragspartnern auf Bundesebene eingerichtete Registrierungsstelle auf eine gesetzliche Grundlage zu stellen.

4.1.3 Budgetbereinigung in der ambulanten Versorgung

Zusätzlich zu der pauschalen Bereinigung sind Regelungen zu einer spezifischen, sektororientierten Budgetbereinigung erforderlich. Sie müssen zum einen sicherstellen, dass auch über das Volumen von zwei Prozent der Ausgaben hinaus selektive Verträge möglich sind, ohne dass den Krankenkassen Doppelfinanzierungen zugemutet werden. Zum anderen müssen die Regelungen nach Auslaufen der pauschalen Budgetbereinigung (also nach dem Gutachtervorschlag: nach Ablauf von weiteren fünf Jahren) die Bereinigung der im Kollektivvertrag geschlossenen Budgets als Folge von selektiven Vertragsabschlüssen regeln. Im Extremfall muss über diese Budgetbereinigung die vollständige Ablösung der Kollektivverträge über die Einzelverträge möglich sein.

Die pauschale Bereinigung im Rahmen der Anschubfinanzierung hat sich als ein für den Start in den Vertragswettbewerb unverzichtbares Instrument erwiesen. Sie führt dazu, dass den Krankenkassen und ihren selektiven Vertragspartnern durch entsprechende Kürzungen der Gesamtvergütungen und der Krankenhausrechnungen Mittel für die selektivvertragliche Versorgung zur Verfügung gestellt werden können.

Allerdings kann die pauschale Bereinigung im Rahmen der Anschubfinanzierung auf Dauer nicht das einzige Instrument sein, die Aktivitäten im Rahmen von Selektivverträgen zu refinanzieren. Denn die pauschale Bereinigung ist nicht „verursachungsgerecht“ und vom Volumen her für einen Systemwandel unzureichend. Eine pauschale Bereinigung führt dazu, dass alle Leistungserbringer der Kollektivsysteme von Kürzungen betroffen sind – unabhängig davon, ob die selektivvertragliche Versorgung gerade bei ihnen einen entsprechen-

den Rückgang an Leistungen zur Folge hat. Insofern ist nicht ausgeschlossen, dass die Anschubfinanzierung zu Vergütungsminderungen ohne gleichzeitige Leistungsminderungen führt.

Umgekehrt muss aus der Sicht der Krankenkassen sichergestellt werden, dass es keine Doppelfinanzierung gibt, bei der dieselben Leistungsmengen sowohl im Rahmen des Kollektivvertrags als auch im Rahmen der Selektivverträge bezahlt werden. Daran haben auch herausragende Leistungsanbieter ein hohes Interesse, denn nur durch die Vermeidung von Doppelfinanzierung wird es auf Dauer hinreichende Mittel geben, um ihre besondere Qualität entsprechend zu vergüten. Die pauschale Anschubfinanzierung macht zwar solche Doppelfinanzierung für die einzelne Kasse vorübergehend erträglich, da in ihrem Rahmen lediglich eine Umverteilung unter den Leistungserbringern stattfindet; sie gewährleistet aber nicht, dass Effizienzgewinne auch da anfallen, wo sie geschaffen werden.

Für einen auf die Verbesserung von Wirtschaftlichkeit und Qualität zielenden Wettbewerb sind daher dauerhafte Budgetbereinigungsregelungen erforderlich. Diese müssen sowohl verursachungsgerecht sein, als auch Doppelfinanzierungen vermeiden. Der Gesetzgeber muss diese Regelung zur Budgetbereinigung so hinreichend präzise formulieren, dass sie die Vertragspartner bzw. die ggf. an deren Stelle tretenden Schiedsstellen bzw. Schiedsämter binden. Denn ohne solche im Prinzip durch Anwendung der rechtlichen Vorgaben im konkreten Fall zu einem einigermaßen bestimmten Ergebnis führenden Regelungen kann nicht erwartet werden, dass sich die Vertragspartner der Kollektivverträge einigen. Und ohne solche Regelungen ist auch nicht ersichtlich, woher die im Falle der Nichteinigung entscheidenden Neutralen in den Schiedsgremien die Maßstäbe und die Legitimation für ihre Entscheidungen gewinnen sollten.

Der Gesetzgeber hat schon für den Zeitraum von 2004 bis 2006 – also dem bislang gesetzlich geregelten Zeitraum der Anschubfinanzierung – vorgesehen, dass nach Überschreiten der Anschubfinanzierung die Gesamtvergütungen zu bereinigen sind. Dabei sollen die Vertragspartner sowohl die Zahl und Risikostruktur der an der integrierten Versorgung teilnehmenden Versicherten, als auch den im Vertrag zur integrierten Versorgung definierten Versorgungsauftrag berücksichtigen. Außerdem sollen ergänzende Morbiditätskriterien berücksichtigt werden. Auch hat der Gesetzgeber geregelt, dass für die Zeit nach Inkrafttreten der Regelungen zu morbiditätsorientierten Regelleistungsvolumina – in der vom Gesetzgeber seinerzeit vermuteten Zeit ab 2006 – bei der Vereinbarung des Behandlungsbedarfes dieser um die Zahl und Morbiditätsstruktur der an der integrierten Versorgung teilnehmenden Versicherten zu bereinigen ist (§ 140d Abs. 2 SGB V).

Diese Regelungen bieten einen adäquaten Ausgangspunkt für die Budgetbereinigung. Allerdings müssen sie deutlich präziser gefasst werden. Hierbei ist davon auszugehen, dass es unterschiedliche Reichweiten von Versorgungsaufträgen gibt, für die die Bereinigungsvorschriften genauer als bisher spezifiziert werden müssen.

Dazu muss der Grundsatz gelten, dass die Gesamtvergütungen um den Betrag bereinigt werden, den die im Selektivvertrag vereinbarten Leistungen im Kollektivsystem gekostet hätten. Anders als in der pauschalen Budgetbereinigung (Anschubfinanzierung) ist es unter Anreizgesichtspunkten wenig sinnvoll, dass die tatsächlichen Ausgaben des Selektivvertrages abgezogen werden können. Dies ist bei einer volumenmäßig und zeitlich begrenzten Anschubfinanzierung vertretbar, kann jedoch kein Maßstab für eine volumenmäßige und zeitlich nicht begrenzte Budgetbereinigung sein. Hier muss die Kasse

vielmehr Anreize haben, möglichst kostengünstige Versorgungsarrangements zu vereinbaren. Dies ist nur dann gewährleistet, wenn der Abzugsbetrag in der Gesamtvergütung sich nicht nach den tatsächlichen Ausgaben im Selektivvertrag richtet. Maßstab muss vielmehr sein, was die im Selektivvertrag vereinbarten Leistungen im Kollektivvertrag gekostet hätten.

Wenn der oben genannte Grundsatz gilt – Bereinigung der Gesamtvergütung um den Betrag, den die im Selektivsystem erbrachten Leistungen im Kollektivsystem gekostet hätten – kann sich das Problem ergeben, dass nicht alle im Selektivsystem erbrachten Leistungen auch im Kollektivsystem erbracht werden. Das gilt zum Beispiel für Kommunikations- und Managementleistungen. Eine zusätzliche pauschale Bereinigung der Gesamtvergütung ist dennoch nicht sachgerecht, weil die angesprochenen Leistungen im Grundsatz durch Effizienzgewinne im Selektivsystem finanziert werden sollten. Darüber hinaus könnten kurz- bis mittelfristig auch Mittel aus der Anschubfinanzierung für die Finanzierung von Kommunikations- und Managementleistungen genutzt werden.

Für die Bereinigung der Gesamtvergütung sind zwei Fälle zu unterscheiden: Entweder deckt die selektivvertraglich vereinbarte Versorgung für Versicherte das gesamte Leistungsspektrum der vertragsärztlichen Versorgung ab (Fall a) oder davon nur einen Teil (Fall b). Die bisherigen Bereinigungsvorschriften unterscheiden diese Fälle nicht. Vielmehr sind sie praktisch auf den Fall (a) anwendbar. Für Fall (b) enthalten sie dagegen keine praktikablen Vorgaben, obwohl er in der Praxis vorherrschend ist.

a) Selektivvertragliche Versorgung für das gesamte Leistungsspektrum

Vereinbart die Krankenkasse eine selektivvertragliche Versorgung, die das gesamte Leistungsspektrum der vertragsärztlichen Versorgung abdeckt, ist für Versicherte, die dieser selektivvertraglichen sektoralen Vollversorgung beitreten, keine anteilige Gesamtvergütung mehr zu entrichten. Daher ist der auf diese Versicherten entfallende anteilige Betrag an der Gesamtvergütung maßgebend. Dazu ist anhand der Morbiditätsinformationen über diese Versicherten das Punktzahlvolumen nach dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab zu ermitteln, das bei Verbleib in der vertragsärztlichen Versorgung in der jeweiligen KV angefallen wäre. Der Gesetzgeber muss die gemeinsame Selbstverwaltung verpflichten, Vergütungsregelungen zu beschließen, die dieser Bereinigung nicht entgegenstehen. Der Bewertungsausschuss hat sich Ende 2005 entschlossen, dass Patientenklassifikationssystem HCC für die morbiditätsbezogene Klassifikation von Versicherten nach §§ 85a ff. SGB V zu verwenden. Dieses Klassifikationssystem ist grundsätzlich auch für den vorliegenden Zweck – Ermittlung der potentiellen Punktzahlvolumen, wenn Versicherte mit einem bestimmten Gesundheitszustand in der vertragsärztlichen Versorgung verblieben wären – geeignet; allerdings können prinzipiell auch andere Klassifikationssysteme herangezogen werden. Umgekehrt sollten die Vertragspartner selektiver Verträge ihre Leistungsbeschreibungen so vornehmen, dass eine Budgetbereinigung des Kollektivvertrages hierdurch erleichtert wird.

Das nach dem obigen Verfahren ermittelte Punktzahlvolumen ist mit dem rechnerischen kassenspezifischen und KV-spezifischen Punktwert für diese Krankenkasse zu bewerten. Der rechnerische kassenspezifische und KV-spezifische Punktwert einer Krankenkasse ergibt sich, indem die Summe der für die Versicherten einer Krankenkasse abgerechneten Punkte durch die Gesamtvergütung dieser Krankenkasse

dividiert wird. Das so monetär bewertete Punktzahlvolumen stellt den Kürzungsbetrag für die Gesamtvergütung dar.

b) Selektivvertragliche Versorgung für einen Teil des Leistungsspektrums

Vereinbart die Krankenkasse selektivvertragliche Versorgungsleistungen, die nur einen Teil des Versorgungsauftrages der vertragsärztlichen Versorgung umfassen, ist die Kürzung der Gesamtvergütung auf diesen Teil zu begrenzen. Dazu ist das Punktzahlvolumen in der jeweiligen KV zu ermitteln, das für einen entsprechenden Versorgungsauftrag angefallen wäre. Auch dieses ist mit dem kassenspezifischen und KV-spezifischen Punktwert zu kürzen.

Wie § 140d Abs. 2 Satz 2 SGB V zutreffend formuliert, gelten die Bereinigungsregelungen entsprechend, wenn an die Stelle der heutigen Vereinbarung der Gesamtvergütung die Regelungen nach §§ 85a bis d SGB V (morbiditybezogene Regelleistungsvolumina) treten. Das Erfordernis zur Bereinigung ändert sich durch die Neugestaltung nicht, jedoch ist Anknüpfungspunkt für die Bereinigung die Vereinbarung des Behandlungsbedarfes nach § 85a Abs. 2 S. 1 Nr. 1 SGB V.

4.1.4 Budgetbereinigung in der stationären Versorgung

Anders als in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung, orientiert sich die Vergütung der einzelnen Krankenhäuser im Grundsatz an ihren konkret erbrachten Leistungen. Schließt eine Krankenkasse einen Selektivvertrag, mit dem Leistungen vereinbart werden, die ohne diesen Vertragsabschluss durch ein bestimmtes Krankenhaus erbracht werden würden, fallen ceteris paribus automatisch Kranken-

hausleistungen und die damit verbundenen Erlöse bei dem entsprechenden Krankenhaus fort.

Bei der Budgetbereinigung in der stationären Versorgung sind drei Fälle zu unterscheiden: Fall a) betrifft Mindererlöse im laufenden Budget anderer Häuser als dem Selektivvertragspartner; Fall b) betrifft Mindererlöse im laufenden Budget des Selektivvertragspartners; Fall c) betrifft Mindererlöse im Folgebudget.

a) Mindererlöse im laufenden Budget anderer Häuser als dem Selektivvertragspartner

Sofern durch die Minderung der Leistungsmenge infolge eines Selektivvertrages einer Krankenkasse (z. B. mit einem Krankenhaus) bei anderen Krankenhäusern die erzielten Erlöse niedriger ausfallen als das zuvor vereinbarte Erlösbudget, findet ein Mindererlösausgleich statt, an dem alle Krankenkassen nach Maßgabe ihrer Anteile am Leistungsgeschehen des Krankenhauses im Folgejahr teilnehmen. Diese Mindererlösausgleiche als kurzfristige Folge von Fallzahlreduzierungen durch die Selektivvertragsabschlüsse sind gerechtfertigt. Es ist vertretbar, dass die Krankenkasse, die den Selektivvertragsabschluss getätigt hat, an der Finanzierung des Mindererlösausgleichs nur anteilig beteiligt ist.

b) Mindererlöse im laufenden Budget des Selektivvertragspartners

Sofern bei einem Krankenhaus als Vertragspartner eines Selektivvertrages Leistungen aus dem Budgetbereich in den Bereich des Selektivvertrages verlagert werden, entsteht bei dem Krankenhaus kein Bedarf für einen Mindererlösausgleich. Denn den Mindererlösen im Budgetbereich stehen zusätzliche Erlöse im Einzelvertragsbereich gegenüber.

c) Mindererlöse im Folgebudget

Für bereits stattgefundenene Leistungsminderungen – etwa durch einen Selektivvertrag, der bei den letzten Budgetverhandlungen noch nicht berücksichtigt werden konnte – gilt, dass sie bei der Berechnung der Ausgangsbasis für das Folgejahr zu berücksichtigen sind (§ 4 Abs. 2 Nr. 1 d) KHEntG). Bei der Vereinbarung des Erlösbudgets für einen künftigen Zeitraum sind Verminderungen von Art und Menge der voraussichtlich zu erbringenden Leistungen zu berücksichtigen (§ 4 Abs. 4 KHEntG). Die Krankenkasse, die einen Selektivvertrag über Leistungen schließt, die bislang im Rahmen des kollektiv vereinbarten Krankenhausbudgets erbracht wurden, muss daher in den Budgetverhandlungen darlegen, in welchem Umfang sich die Leistungsmengen – Fallzahlen, bewertet mit den jeweiligen Relativgewichten der zur Verlagerung anstehenden Leistungen – der jeweiligen Krankenhäuser durch die Selektivverträge verringern. Die Schiedsstellen haben diese Fallzahlreduzierungen zu berücksichtigen.

4.1.5 Überprüfung der Sicherstellung durch die Krankenkassen

Für die im Rahmen dieses Gutachtens im Vordergrund stehende Frage, wie das selektive Vertragsgeschehen in Koexistenz zu Kollektivverträgen gefördert werden kann, ist es ausreichend, dass Bereinigungen bestehender Kollektivvereinbarungen im Bereich der Leistungsvergütung vorgenommen werden, und zwar unabhängig von der Zustimmung der beteiligten Kollektivvertragspartner. Bereinigungen bei der sektoralen Bedarfsplanung im ambulanten oder stationären Bereich sind dagegen kein vorrangiges Problem des selektivvertraglichen Versorgungsgeschehens, weil es entsprechend seiner wettbewerblichen Ausrichtung keine zentrale Bedarfsplanung erfordert,

sondern auf dezentraler Leistungsplanung der Krankenkassen basiert. Das Erfordernis zu Anpassungen der sektoralen Bedarfsplanung stellt sich zwar aus der Sicht des hier im Vordergrund stehenden selektiven Vertragsgeschehens nicht, wohl aber im Hinblick auf die Leistungsfähigkeit der weiterhin kollektivvertraglich geregelten Versorgung. Soweit Bedarfsplanung der Verhinderung unwirtschaftlicher Leistungserbringung im Zeichen „angebotsinduzierter Nachfrage“ dient, müsste entweder auch eine Bereinigung der Bedarfsplanung ins Auge gefasst werden oder die Vergütungsregelungen müssten so gestaltet sein, dass sie nicht auf angebotsinduzierte Nachfrage reagieren.

Bei einer Bereinigung der Gesamtvergütungen wie oben vorgeschlagen entfällt die Notwendigkeit zur Anpassung der Bedarfsplanung in der ambulanten Versorgung. Je größer der Anteil der Selektivverträge an der Versorgung wird, desto kleiner wird der im Rahmen der Gesamtvergütung zu verteilende Ausgabenanteil. Damit wird es für Ärzte zunehmend unattraktiver, sich ausschließlich an der Kollektivversorgung zu beteiligen. Bei einem wachsenden Anteil selektivvertraglicher Versorgung erfolgt dementsprechend die Anpassung der Kapazitäten im Kollektivvertragssystem der ambulanten Versorgung automatisch. Entsprechendes gilt grundsätzlich auch für die stationäre Versorgung.

Wenn im Transformationsprozess von der kollektivvertraglichen Versorgung zur einzelvertraglichen Versorgung die Anteile der Versorgung, die durch Einzelverträge gesteuert werden und in denen der Sicherstellungsauftrag bei den Krankenkassen liegt, deutlich größer werden (auch nur: wenn einzelne Krankenkassen nennenswerte Teile der Versorgung ihrer Versicherten in Selektivverträge umsteuern), besteht ein gesundheitspolitisches Interesse daran, dass die Krankenkassen diesem Sicherstellungsauftrag auch real nachkommen. Die

Gutachter haben hierzu 2003 ein umfassendes Konzept vorgelegt (*Ebsen et al. 2003*). Wir schlagen in diesem Zusammenhang nunmehr konkret vor, dass der Gemeinsame Bundesausschuss durch Gesetz beauftragt wird, leistungsbezogene Mindeststandards festzulegen, die eine Krankenkasse einhalten muss, die mehr als zehn Prozent ihrer Versorgung über Selektivverträge organisiert. Die zuständige Aufsichtsbehörde überprüft, ob die entsprechenden Krankenkassen in ihren Verträgen dieser Anforderung nachgekommen sind. Bezugsgröße ist die Summe des vertraglich vereinbarten Ausgabenvolumens aus Selektiv- und Kollektivsystem auf der Ebene von Landkreisen und kreisfreien Städten. Eine Überprüfung der Versorgungsanteile allein auf der Ebene des Bundeslandes wäre nicht sachgerecht. Es sind starke regionale Schwankungen im Anteil der Selektivverträge zu erwarten, weil Selektivverträge im Gegensatz zu Kollektivverträgen den Vertragspartnern erlauben, auf regionale Besonderheiten einzugehen (*siehe etwa einen der ersten Verträge für die integrierte Vollversorgung im Kinzigtal*).

4.1.6 Steuerung der Arzneimittelversorgung

In der Arzneimittelversorgung werden erhebliche Wirtschaftlichkeitsreserven vermutet (*Schwabe/Paffrath 2005*). Die bisherige Erfahrung hat gezeigt, dass Steuerungsversuche im Rahmen von Kollektivverträgen – etwa durch kollektive Arzneimittelbudgets – ungeeignet sind, um diese Wirtschaftlichkeitsreserven zu realisieren. Es bestehen wenig Zweifel daran, dass auch die neu eingeführten Bonus-/Malusregelungen im Rahmen des Gesetzes zur Verbesserung zur Wirtschaftlichkeit in der Arzneimittelversorgung nicht den beabsichtigten Erfolg haben werden.

Wirkungsvolle Anreize zur Verbesserung der Wirtschaftlichkeit in der Arzneimittelversorgung können nur auf selektivvertraglicher Ebene gesetzt werden. Einerseits können Krankenkassen mit Leistungserbringern Selektivverträge vereinbaren, die eine wirtschaftliche Arzneimittelversorgung ohne Qualitätseinbußen belohnen – beispielsweise im Rahmen kassenindividueller Positivlisten. Andererseits können Krankenkassen mit Herstellern Rabattverträge abschließen, wenn sie im Gegenzug die Abnahme von vertraglich garantierten Mindestmengen zusichern können (*Glaeske et al. 2003; Greß et al. 2006; Häussler et al. 2006; Klauber/Schleert 2006*).

4.1.7 Verträge mit allen zulassungsfähigen Leistungserbringern

Verträge zur integrierten Versorgung können nach geltendem Recht nur mit nach dem kollektiven Zulassungsrecht zugelassenen Leistungserbringern geschlossen werden. Zwar können die an einer integrierten Versorgung beteiligten Leistungserbringer unter bestimmten Bedingungen von ihrem eigenen Zulassungsstatus abweichende Leistungen erbringen, eine darüber hinausgehende Öffnung ist jedoch nicht möglich.

Dies ist unbefriedigend. Im Vertragswettbewerb geht es auch darum, neue Versorgungsstrukturen in einem dezentralen, wettbewerblichen Entdeckungsprozess zu erproben. So könnten etwa vertikal integrierte Versorger, die ambulante und stationäre Akutbehandlung sowie Rehabilitation unter einem Dach erbringen und die weder über eine Zulassung als Vertragskrankenhaus noch über Vertragsarztsitze verfügen, Effizienz- und Qualitätsvorteile der internen Vernetzung und Integration nutzen. Damit wären sie für Krankenkassen attraktive

Selektivvertragspartner. Daher sollten die Krankenkassen die Möglichkeit bekommen, auch Selektivverträge mit solchen Leistungsanbietern abzuschließen, die zwar grundsätzlich zulassungsfähig sind, aber keine Zulassung im Kollektivsystem haben oder wünschen. Zulassungsfähig sind Leistungsanbieter dann, wenn sie die heute für eine Zulassung nötigen Voraussetzungen erfüllen.

Unter den Bedingungen des Kassenwettbewerbs ist es zwar nicht wahrscheinlich, aber auch nicht auszuschließen, dass eine Kasse selektive Verträge mit Leistungserbringern schließt, die den im Zulassungssystem geltenden und im Rahmen der Zulassung überprüften Qualitätsanforderungen nicht genügen. Hierfür sollte anstelle der Zulassung eine Zertifizierung erfolgen. Durch die Zertifizierung wären alle qualitätsbezogenen Zulassungsvoraussetzungen bestätigt. Zuständig für die Zertifizierung sollten jeweils die Stellen sein, welche ansonsten auch die Zulassung aussprechen; das sind:

- die Zulassungsausschüsse nach § 96 SGB V, soweit es Leistungserbringer für ambulante ärztliche, zahnärztliche und psychotherapeutische Behandlung betrifft;
- die Gremien für gemeinsames und einheitliches Entscheiden auf Landesebene zusammen mit der zuständigen Landesbehörde, soweit es Krankenhäuser betrifft (§§ 108 Nr. 3, 109 Abs. 1 S. 1, Abs. 3 S. 2 SGB V);
- die erwähnten Gremien im Benehmen mit der zuständigen Landesbehörde, soweit es sich um Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen handelt (§ 111 Abs. 2 i.V.m. Abs. 4 S. 3 SGB V); dabei ist Einvernehmen mit der Landesbehörde anzustreben. Wird dieses nicht erreicht, bleibt die Kompetenz bei den Kassenverbänden allein;

- die erwähnten Gremien allein, soweit es um Heilmittel (§ 124 SGB V Abs. 5) oder Hilfsmittel (§ 126 Abs. 3 SGB V) geht.

Für Apotheker und für Hebammen, für welche es kein Zulassungssystem, wohl aber das Erfordernis der Verbindlichkeit von (Rahmen-)Verträgen gibt (§§ 129 Abs. 3 und 5, 134a Abs. 2 SGB V), ist sicherzustellen, dass mögliche Partner selektiver Verträge die Qualitätsanforderungen dieser Verträge anerkennen und erfüllen. Hierfür dürfte ein Zertifizierungsverfahren nicht erforderlich sein.

Selbstverständlich können die Vertragsparteien auch über die Mindestanforderungen hinausgehende Erfordernisse (etwa auch für das beim Vertragspartner angestellte Personal oder für auf andere Weise mit dem Vertragspartner verbundene Leistungserbringer) vereinbaren.

In diesem Zusammenhang sollte auch geregelt werden, dass auch Leistungserbringer, die außerhalb der Bundesrepublik im EU-Geltungsbereich tätig sind und mit denen die Krankenkassen Verträge nach § 140e SGB V schließen können, in die integrierte Versorgung einbezogen werden können. Die bereits geltenden und hier vorgeschlagenen Regelungen (insbesondere zur Vergütungsvereinbarung) sollten bei diesen Verträgen entsprechend gelten. Bei der auch in diesen Fällen vorzusehenden Zertifizierung wäre gegebenenfalls auf das einschlägige europäische Gemeinschaftsrecht zu achten.

Auf ein Problem, welches kein Spezifikum selektivvertraglicher Versorgung ist, aber bei einer deutlichen Erhöhung entsprechender Versorgungsanteile virulent werden kann, weisen die Gutachter hin, ohne hierzu detaillierte Vorschläge zu machen. Auch im GKV-Leistungsmarkt kann es zu Wettbewerbsbeschränkungen oder zum Missbrauch marktbeherrschender Stellungen kommen. Gemäß § 69 SGB V gilt das

hierfür geschaffene Instrumentarium des Gesetzes gegen Wettbewerbsbeschränkungen (GWB) im Verhältnis zwischen Kassen und Leistungserbringern nicht. Das ist in den kollektivvertraglichen Systemen insofern kaum schädlich, als hier die einander gegenüberstehenden Kollektivparteien ihre jeweilige Marktmacht wechselseitig neutralisieren können. Im Übrigen unterliegen die beteiligten Körperschaften des öffentlichen Rechts ohnehin dem Gebot sachgerechter Auswahl und diskriminierungsfreier Behandlung aus Art. 3 Abs. 1 GG. Dies gilt für die Kassen auch im selektivvertraglichen Bereich. Allerdings ist nicht auszuschließen dass (regional) marktbeherrschende Leistungserbringer ihre Stellung missbrauchen. Hier wird der Gesetzgeber zu erwägen haben, inwieweit die Grundsätze der §§ 1, 19–21 GWB sozialrechtlich normiert und dadurch der Rechtsprechung der Sozialgerichte überantwortet werden.

4.1.8 Freiwillige Selbstbindung der Versicherten

Sollen durch selektivvertragliche Versorgungsarrangements Versorgungsstrukturen verändert werden, brauchen die Vertragspartner hinreichende Planungssicherheit. Diese Planungssicherheit kann nur dann realisiert werden, wenn sich die Versicherten auch für eine bestimmte Zeit an die von ihnen gewählten Versorgungsmodelle binden. Gegenwärtig sieht der gesetzliche Rahmen eine solche Möglichkeit der Bindung der sich einschreibenden Versicherten für die integrierte Versorgung nicht vor (wohl aber für die hausarztzentrierte Versorgung; § 73b Abs. 2 S. 2 SGB V). Es bedarf daher einer Regelung, die eine freiwillige Selbstbindung an das gewählte Versorgungsmodell in der selektivvertraglichen Versorgung ermöglicht. Eine solche Bindung muss mit den gesetzlichen Kündigungsmöglichkeiten der Krankenkasse kompatibel sein. Durch die Einschreibung in ein Selektivvertragsmodell sollte die allgemeine

Selektivvertragsmodell sollte die allgemeine Frist für den Kassenwechsel (18 Monate) neu ausgelöst werden. Sonderkündigungsrechte wegen Beitragssatzerhöhungen bleiben dabei unberührt.

So wie eine Beitragssatzerhöhung bislang ein Sonderkündigungsrecht auslöst, weil dadurch die bisherige Position des Versicherten gegenüber seiner Krankenkasse verändert wird, kann in einem Selektivvertragsmodell eine Änderung der Selektivverträge zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern die Rechtsposition des Versicherten verändern. Beispielsweise ist seine Rechtsposition berührt, wenn sein bisheriger Arzt nunmehr nicht mehr Vertragspartner des Versorgungsmodells ist. In solchen Fällen kann die Bindungsfrist in das Einschreibmodell nicht länger gelten. Vielmehr muss eine solche Veränderung der Rechtsposition des Versicherten in der Selektivvertragsversorgung ein Sonderkündigungsrecht auslösen.

Sofern die Kassen als Gegenleistung für ein Entgegenkommen von Leistungserbringern bei der Höhe der Vergütung feste, nicht mehr vom Wahlverhalten der Versicherten abhängige Vergütungen zusichern, stellen die Selektivverträge öffentliche Aufträge im Sinne des Vergaberechts dar. Dies führt wegen § 69 SGB V zwar nicht zur Anwendung des Kartellvergaberechts der §§ 97 ff. GWB (*bestritten: siehe etwa Koenig/Steiner 2003*). Wohl aber ist die Anwendbarkeit europäischen Vergaberechts in Rechnung zu stellen. Krankenkassen werden sich nämlich nicht darauf verlassen können, dass sich jene Stimmen in der Rechtsprechung durchsetzen werden, welche ihnen den Status als öffentliche Auftraggeber absprechen (*siehe etwa Bayerisches Oberstes Landesgericht, Neue Zeitschrift für Sozialrecht 2005, 26-28*). Allerdings gelten nach Art. 21 in Verbindung mit Anhang II Teil B Nr. 25 der Richtlinie 2004/18/EG für öffentliche Dienstleistungsaufträge im Bereich des Gesundheitswesens die meisten Verga-

bevorschriften, und zwar insbesondere die bieterschützenden Verfahrensregelungen, nicht (*siehe dazu etwa Stelzer 2004*). Da die Krankenkassen ohnehin zur sachgerechten Auswahl von Anbietern und zur Wahrung von Transparenz insoweit verpflichtet sind, bietet es sich zur Klarstellung an, für derartige Verträge eine „Ausschreibung“ nach Art der in §§ 73b Abs. 2 S. 3 oder § 127 Abs. 2 SGB V vorgesehenen Ausschreibungen gesetzlich vorzusehen.

4.1.9 Steuerliche Gleichbehandlung

Die Vorschläge zur Änderung des Steuerrechts dienen dazu, sowohl die Rechtsformenwahl im Bereich medizinischer Versorgung als auch die Kooperationen von Leistungserbringern im Sinne des Vierten Kapitels SGB V von steuerrechtlichen Erwägungen so zu befreien, dass die Leistungserbringer und die Kassen nicht gehindert werden, die im Interesse der Gesundheitsversorgung günstigsten Gestaltungsformen zu wählen. Dabei sollen in der Sache keine zusätzlichen Privilegien gegenüber der faktischen steuerlichen Situation bei der traditionellen sektoral abgegrenzten Gesundheitsversorgung geschaffen werden. Es geht um die Anpassung des Umsatz- und Gewerbesteuerrechts an die gesetzlich ermöglichten sektorübergreifenden Kooperationen und die Erbringung ambulanten Versorgung durch juristische Personen.

Traditionell ist die Heilbehandlung am Menschen von der Umsatzsteuer befreit. Das normiert innerstaatlich § 4 Nr. 14 UStG (Umsatzsteuergesetz). Gemeinschaftsrechtlich ist dies auch geboten aufgrund von Art. 13 A Abs. 1b) - e) Richtlinie 77/388/EWG. Damit sind Krankenhäuser und freiberuflich tätige Leistungserbringer grundsätzlich von der Umsatzsteuer befreit (mit der komplementären Wirkung, dass

auch der Vorsteuerabzug entfällt). Diese Befreiung gilt auch, wenn ambulante Krankenbehandlung durch juristische Personen erfolgt. Es darf sowohl verfassungsrechtlich als auch gemeinschaftsrechtlich für die Umsatzsteuerbefreiung nicht auf die Rechtsform ankommen (*Braun/Richter 2005*). Allerdings sieht das SGB V Kooperationsformen vor, welche in umsatzsteuerrechtlicher Hinsicht als „Falle“ wirken können.

Das gilt zum einen, wenn die juristische Person, die insbesondere als MVZ nach § 95 Abs. 1 SGB V, aber auch als Träger einer Einrichtung, die nach § 140b Abs. 1 Nr. 4 SGB V integrierte Versorgung anbietet, nicht mit angestelltem Personal Gesundheitsleistungen erbringt, sondern mit Leistungserbringern (z. B. Ärzten, die als Vertragärzte mitwirken wollen) gewissermaßen als „Subunternehmern“ operiert. Hier findet dann rechtlich die reale unternehmerische Leistungserbringung nicht mehr gegenüber der Kasse oder den Patienten, sondern gegenüber dem MVZ oder dem Träger nach § 140b Abs. 1 Nr. 4 SGB V statt mit der Folge, dass die Umsatzsteuer-Privilegierung für die realen Leistungserbringer entfällt. Zwar ist dann der zwischengeschaltete Träger privilegiert, denn er erbringt Heilbehandlung gegenüber den Patienten bzw. der Kasse. Er kann aber gerade deshalb seine Vorsteuer nicht abziehen. Ein entsprechendes Dilemma gibt es zum anderen, wenn in Kooperationen steuerprivilegierte und nicht privilegierte Aktivitäten zusammenkommen. Das kann für das Zusammenwirken mit nicht privilegierten Leistungserbringern – wie Apothekern und Lieferanten von Hilfsmitteln – geschehen, aber auch im Falle von Verträgen über Geschäftsführertätigkeiten außerhalb von Anstellungsverhältnissen (*Wendland 2005b*). Dann kann die nicht privilegierte Tätigkeit die privilegierte so „infizieren“, dass insgesamt Umsatzsteuerpflicht entsteht.

Ein entsprechendes Problem gibt es hinsichtlich der Gewerbesteuerpflicht (*Wendland 2005a*). Die freiberuflich tätigen Leistungserbringer, insbesondere die Ärzte, sind nach § 2 Abs. 1 S. 2 GewStG (Gewerbesteuergesetz) nicht gewerbesteuerpflichtig, weil sie kein gewerbliches Unternehmen im Sinne des Einkommensteuergesetzes betreiben, sondern Einkünfte aus freiberuflicher Tätigkeit erzielen (§ 18 Abs. 1 Nr. 1 EstG; Einkommenssteuergesetz). Demgegenüber gelten einige Leistungserbringer, mit welchen die Kooperation im Rahmen integrierter Versorgung möglich sein soll (wie z. B. Apotheker), nicht als freiberuflich (zu den Grundsätzen der Abgrenzung siehe Bundesfinanzhof, Sammlung der Entscheidungen des Bundesfinanzhofs, (BFHE) 200, 317; 204, 80; 205, 151). Wenn hier die Tätigkeiten in gesellschaftsrechtlicher Verbindung, auch in einer einfachen Gesellschaft bürgerlichen Rechts, vorgenommen werden, kann es im Wege des so genannten „Abfärbens“ oder „Infizierens“ dazu kommen, dass die gesamte Geschäftstätigkeit nach § 15 Abs. 3 Nr. 1 EStG als gewerblich gilt (BFHE 175, 357; 183, 150; 186, 37; 189, 419; 196, 511). Dies ist insbesondere auch möglich bei der gesellschaftsrechtlichen Verbindung mit Kapitalgesellschaften, also insbesondere auch einer GmbH. Kapitalgesellschaften sind nämlich automatisch gewerbesteuerpflichtig (§ 2 Abs. 2 GewStG), andere juristische Personen, soweit sie einen wirtschaftlichen Geschäftsbetrieb unterhalten (§ 2 Abs. 3 GewStG).

Davon sind Krankenhäuser und ähnliche Einrichtungen wiederum befreit nach § 3 Nr. 20 GewStG. Diese Vorschrift erfasst zwar auch gewisse nicht stationäre Aktivitäten, ist aber zum einen in der Abgrenzung unklar und erfasst jedenfalls nicht die „normale“ ambulante Krankenbehandlung, selbst durch Krankenhäuser, die einen entsprechenden Vertrag haben. Im Gegenteil könnte dies bei Krankenhäusern, die nicht von juristischen Personen des öffentlichen Rechts be-

etrieben werden, gegebenenfalls sogar zum gänzlichen Fortfall der Privilegierung führen. MVZ und Träger nach § 140b Abs. 1 Nr. 4 SGB V als juristische Personen sind jedenfalls regelmäßig gewerbesteuerpflichtig. Und ebenso kann etwa ein integrierter Versorger oder ein MVZ auch ohne selbst juristische Person zu sein im Wege der Infizierung oder Abfärbung insgesamt gewerblich werden. Ähnliches kann sogar ohne Infizierung und Abfärbung bei Großstrukturen herauskommen (*Paus 2005*), sofern die Leitung des Gesamtunternehmens nicht mehr im Sinne von § 18 Abs. 1 Nr. 1 S. 3 EStG „auf Grund eigener Fachkenntnisse leitend und eigenverantwortlich tätig wird“, also nicht mehr selbst die Heilbehandlung erbringt (BFHE, 159, 535; 183, 424; 205, 151).

Diese hier nur cursorisch angeführten Punkte machen deutlich, dass ohne eine Anpassung des Steuerrechts der Gestaltungsspielraum für neue Organisationsformen der Gesundheitsversorgung faktisch stark eingeschränkt ist. Für eine Lösung des Problems kann an die gewerbesteuerrechtliche Behandlung der Krankenhäuser angeknüpft werden. Ebenso wie Krankenhäuser in § 67 Abgabenordnung unter bestimmten – wegen der dortigen Anknüpfung an die Leistungshonorierung nach der Bundespflegesatzverordnung ohnehin änderungsbedürftigen – Voraussetzungen als Zweckbetriebe gelten und damit die Voraussetzungen für die Steuerbegünstigung in § 30 Nr. 20 Buchst. b GewStG auch dann erfüllen, wenn sie nicht von juristischen Personen des öffentlichen Rechts betrieben werden, könnten auch die im SGB V für die GKV-Versorgung vorgesehenen Organisationsformen in den Katalog aufgenommen werden. Dabei müsste dann zur Vermeidung von „Infizierung“ und „Abfärbung“ die Regel gelten, dass – bei entsprechender Trennung im Rechnungswesen – nur die Funktionsbereiche gewerbe- und umsatzsteuerpflichtig bleiben, die

dies auch sonst sind – also etwa die Abgabe von Hilfsmitteln durch einen integrierten Versorger.

4.1.10 Qualitätsstandards

Soweit das Gesetz Qualitätsstandards nicht abschließend selber definiert, ist die entsprechende Normierungskompetenz teilweise sektorübergreifend verankert, teilweise ist sie sektoralen Institutionen und ihren Vertragskonfigurationen – etwa den Bundesmantelverträgen – überantwortet. Für eine Öffnung der GKV für mehr Vertragswettbewerb ist die sektorale Verortung von Normierungskompetenzen aus zwei Gründen problematisch. Erstens ist es unangemessen, dass Qualitätsstandards im Kollektivsystem für Selektivverträge bindend sein sollen. Zweitens muss aber auch verhindert werden, dass durch Selektivverträge von sonst geltenden Qualitätsstandards nach unten abgewichen werden kann.

Sinnvoll ist es daher, die entsprechende Normierungskompetenz – soweit der Gesetzgeber nicht selber abschließende Regelungen trifft – durchgängig auf den Gemeinsamen Bundesausschuss zu übertragen. Die von diesem festgesetzten Qualitätsstandards müssen sektorübergreifend formuliert werden und sowohl für die Leistungserbringung in den Kollektivverträgen als auch für die Leistungserbringung im Selektivvertragssystem gelten.

4.2 Gesetzgeberische Umsetzung

Im Folgenden soll aufgezeigt werden, wie einige der im vorigen gemachten Vorschläge umgesetzt werden können. Hierbei beschränkt sich das Gutachten auf knappe, noch nicht ausformulierte Hinweise in der Reihenfolge des vorigen Unterabschnitts.

4.2.1 Mehr Möglichkeiten für sektorspezifische Selektivverträge

- Änderung der Überschrift vor § 140a SGB V: „Selektive Vertragsbeziehungen zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern“
- Streichung der beschränkenden Verweise auf „Leistungssektoren überschreitende“ oder „interdisziplinär fachübergreifende“ Versorgung in § 140a Abs. 1 S. 1 SGB V;
- Durchgängige Ersetzung von „integrierte Versorgung“ durch „Versorgung in selektiven Vertragsbeziehungen“

4.2.2 Verlängerung und Ausweitung der Anschubfinanzierung

- Die Ausweitung der Anschubfinanzierung ist im Wesentlichen erreicht durch 4.2.1; zusätzlich: Streichung von § 140d Abs. 1 Satz 2 SGB V.
- Anstelle des jetzigen Satzes 2 eine Klarstellung: „Die Mittel aus der Anschubfinanzierung können für alle Aufgaben verwendet werden, die im unmittelbaren Zusammenhang mit der Vorbereitung, Durch-

führung und Dokumentation selektivvertraglich vereinbarter Versorgungsleistungen stehen.“

- Entweder: Ersetzung von „1 von Hundert“ durch „2 von Hundert“ in § 140d Abs. 1 Satz 1 SGB V; oder: Belassung von Satz 1 und Anfügung eines Abs. 1a, der für die integrierte Versorgung wie bisher ein zusätzliches Prozent vorsieht. *[In diesem Fall müsste bei Umsetzung von 4.2.1 die Definition integrierter Versorgung (allein mit Bedeutung für die Anschubfinanzierung) hierher wandern.]*
- In § 140d Abs. 1 SGB V Ersetzung von „2006“ durch „2011“.
- Ersetzen von § 140d Abs. 1 S. 5 SGB V durch folgende Regelung:
Der Betrag der Anschubfinanzierung eines Jahres kann jeweils in diesem und dem folgenden Jahr für die Zwecke nach Satz 1 ausgegeben werden.
- Anfügung eines § 140d Abs. 5 SGB V, in dem die Nachweispflichten bei Kürzungen von Budgets infolge der Anschubfinanzierung und die Einrichtung der Registrierungsstelle geregelt werden.
- Anfügung eines § 140d Abs. 6 Buchst. a SGB V, in welchem das BMG ermächtigt wird, ab dem 1.1.2009 durch Rechtsverordnung vorzusehen, dass der auf eine Kasse entfallende, aber von dieser nicht genutzte Anteil der Anschubfinanzierung anderen Kassen zur Verfügung steht.

4.2.3 Budgetbereinigung in der ambulanten Versorgung

- Hinter § 140d Abs. 2 S. 2 SGB V ist ein neuer Satz einzufügen:
„Dabei sind die Gesamtvergütungen um den Betrag zu bereinigen, den die im Selektivvertrag vereinbarten Leistungen bei vertragsärztlicher Leistungserbringung im Gesamtvertrag gekostet hätten.“

- In § 140d Abs. 6 SGB V (neu):
Weitere Ermächtigungen an das BMG zur Regelung durch Rechtsverordnung:
 - Buchstabe b: Einzelheiten als Vorgaben für die Bereinigung nach Abs. 2 S. 1–3 (neu);
 - Buchstabe c: Einzelheiten als Vorgaben für die Gesamtverträge, um diese „bereinigungskompatibel“ zu machen.

4.2.4 Budgetbereinigung in der stationären Versorgung

Es ist in § 4 Abs. 9 KHEntG klarzustellen, dass in den Fällen kein Mindererlösausgleich stattfindet, in dem die Mindererlöse dadurch entstehen, dass das Krankenhaus Leistungen vom Budgetbereich in den Bereich der Selektivverträge verlagert.

4.2.5 Überprüfung der Sicherstellung durch die Krankenkassen

Es sollte ein neuer § 140b Abs. 7 SGB V geschaffen werden mit folgenden Regelungsinhalten:

- Verpflichtung für den Gemeinsamen Bundesausschuss, für den Fall, dass eine Krankenkasse mehr als zehn Prozent ihrer Versorgung über Selektivverträge organisiert, leistungsbezogene Mindeststandards festzulegen, die eine Krankenkasse zur Sicherstellung der Versorgung in den Selektivverträgen realisieren muss.

- Verpflichtung der zuständigen Aufsichtsbehörde zu überprüfen, ob die entsprechenden Krankenkassen in ihren Verträgen dieser Anforderung nachgekommen sind.

4.2.6 Steuerung der Arzneimittelversorgung

Dieser Punkt bedarf nach Auffassung der Gutachter einer hier nicht geleisteten eigenständigen vertieften Behandlung. Wenn die in *Abschnitt 4.1.6 „Steuerung der Arzneimittelversorgung“* erörterten Optionen verwirklicht werden sollten, bedürfte es folgender Regelung:

- Ergänzung von § 130 Abs. 8 SGB V um eine spezifische Ermächtigung an Kassen, als Gegenleistung für besondere Herstellerrabatte in Selektivverträgen nach § 140a SGB V die Bevorzugung bestimmter Präparate bestimmter Arzneimittelhersteller bei der Arzneimittelverordnung zu vereinbaren. Dies muss mit der Pflicht verbunden werden, zuvor eine „Ausschreibung“ nach Art der in § 127 Abs. 2 SGB V geregelten durchzuführen.

4.2.7 Verträge mit allen zulassungsfähigen Leistungserbringern

- Anfügung einer Nr. 4a in § 140b S. 1 SGB V: „Leistungserbringern, welche nicht zugelassen sind, aber die Voraussetzungen der Zulassung erfüllen; dies wird durch Zertifizierung nach Abs. 2 nachgewiesen“.
- Anfügung eines § 140b Abs. 2 mit im wesentlichen folgendem Inhalt: Sofern ein Leistungserbringer keine Zulassung für die Versorgungsaufgaben besitzt, die er selektivvertraglich wahrnehmen

will, bedarf er einer Zertifizierung. Zuständig für die Zertifizierung sind die Stellen, welche jeweils auch für die Zulassungsentscheidung oder den die Zulassung bewirkenden Versorgungsvertrag zuständig sind. Durch die Zertifizierung wird bestätigt, dass der Leistungserbringer die qualitativen Voraussetzungen erfüllt, welche auch für die Zulassung erforderlich sind. Auf die Zertifizierung besteht auch dann ein Anspruch, wenn die Zulassung bedarfsabhängig ist. Die Zertifizierung von Krankenhäusern befugt diese im gleichen Umfang zur selektivvertraglichen Erbringung ambulanter Krankenbehandlung, in welchem dies mit zugelassenen Krankenhäusern selektivvertraglich vereinbart werden kann. Das Bundesministerium für Gesundheit wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung Einzelheiten der Zertifizierung zu regeln.

- Prüfung, inwieweit Grundsätze des Wettbewerbsrechts im SGB V normiert werden. Als Ort würde sich insoweit ein § 69 Abs. 2 SGB V anbieten.

4.2.8 Freiwillige Selbstbindung der Versicherten

Im vierten Kapitel Abschnitt 11 SGB V ist ein neuer Paragraph mit folgenden Regelungen einzufügen:

- Möglichkeit einer schriftlichen Vereinbarung zwischen Versichertem und Kasse über
 - a) Bindung an bestimmte Formen selektivvertraglicher Versorgung für eine bestimmte Zeit,
 - b) Boni (Beitrags- oder Zuzahlungsermäßigungen) als Gegenleistung der Kasse,

- c) Sonderkündigungsrecht des Vertrages über die Einschreibung in die selektivvertragliche Versorgung für den Fall, dass Veränderungen der Selektivverträge zu einem Ausfall bisheriger Leistungen oder Leistungserbringer in der jeweiligen selektivvertraglichen Versorgung führen
- Sonderkündigungsrecht analog § 175 Abs. 4 S. 5 SGB V im Fall von Buchst. c) oben.
 - Ermächtigung zur Regelung in den Satzungen der Kassen:
 - a) des Näheren über die bindende Teilnahme an selektivvertraglicher Versorgung einschließlich der Dauer von Bindungen und von Boni (analog § 73b Abs. 4 SGB V),
 - b) Ausschluss der Beendigung der Mitgliedschaft bei Kündigung nach § 175 Abs. 4 S. 2 SGB V bis zum Ende der vereinbarten Bindung; auch dies muss in der Vereinbarung enthalten sein, um im Einzelfall zu gelten.
 - Anordnung einer Ausschreibung nach Art des § 127 Abs. 2 SGB V für den Fall, dass Leistungserbringern Selektivverträge angeboten werden sollen, in denen bestimmte Leistungsmengen oder feste Vergütungen bindend in Aussicht gestellt werden

4.2.9 Steuerliche Gleichbehandlung

- Änderung von § 67 AO, § 4 Nr. 16 UstG und § 3 Nr. 20 GewStG in der Weise, dass alle Einrichtungen und Kooperationsformen, die ärztliche Heilbehandlung, Diagnostik oder Befunderhebung durchführen, in gleicher Weise von der Umsatzsteuer und der Gewerbesteuer befreit sind wie Krankenhäuser. In § 67 AO müsste auch das KHEntG neben der BPflV erwähnt werden.

- Ergänzung von § 4 Nr. 16 UStG und § 3 Nr. 20 GewStG durch Regelungen, welche das „Abfärben“ nach § 15 Abs. 3 Nr. 1 EStG ausschließen und klarstellen, dass die Befreiung von Umsatz- und Gewerbesteuer der privilegierten Tätigkeiten bei sauberer buchhalterischer Trennung durch gemischte Tätigkeiten nicht berührt wird.

4.2.10 Qualitätsstandards

- Übergang der Regelungskompetenz nach § 135 Abs. 2 SGB V auf den Gemeinsamen Bundesausschuss.
- Ermächtigung des Gemeinsamen Bundesausschusses zu auch in der selektivvertraglichen Versorgung nicht abdingbaren Regelungen der Qualitätssicherung und der Qualitätstransparenz zumindest entsprechend den in §§ 136a–137b und 137d SGB V geregelten Materien .
- Klarstellung in beiden Fällen, dass strengere Standards selektivvertraglich vereinbart werden können.

5 Literaturverzeichnis

Augurzky B/Berhanu S/Göhlmann S/Krolop S/Liehr-Griem A/Schmidt CM/
Tauchmann H/Terkatz S (2005), Strukturreformen im deutschen Gesundheits-
wesen. Essen: RWI Materialien, Heft 8.

Biersack K/Toepffer C (2004), Juristische Aspekte der Neufassung der
Integrierten Versorgung nach §§ 140a ff. SGB V. Die Betriebskrankenkasse,
199–205.

Braun S/Richter J (2005), Gesellschaftsrechtliche und steuerrechtliche Grund-
fragen der Ärzte-GmbH. Medizinrecht, 685–690.

Cassel D (2002), Wettbewerb in der Gesundheitsversorgung: Funktions-
bedingungen, Wirkungsweise, Gestaltungsbedarf, in: Arnold M/ Klauber J/
Schellschmidt H (Hrsg.), Krankenhaus-Report 2002, Schwerpunkt: Kranken-
haus im Wettbewerb. Stuttgart/New York: Schattauer, 1–20.

Cassel D (2005), Ordnungspolitische Reformoptionen im deutschen Gesund-
heitswesen: Wo liegt Toulon? In: Leipold H/Wentzel D (Hrsg.), Ordnungs-
ökonomik als aktuelle Herausforderung. Stuttgart, 243–262.

Cassel D (2006), Risikostrukturausgleich und Solidarische Wettbewerbs-
ordnung: Zur Irenik von Solidarität und Wettbewerb in der GKV, in:
Göpffarth D/Greß S/Jacobs K/Wasem J (Hrsg.), Jahrbuch Risikostrukturaus-
gleich 2006 – Zehn Jahre Kassenwechsel. St. Augustin: Asgard, 55–93.

Cassel D/Sundmacher T (2005), Systemtransformation durch Systemwettbe-
werb im Gesundheitswesen? Zur Eignung des „Vertragssystemwettbewerbs“
beim Übergang vom kollektiv- zum einzelvertraglichen Kontrahieren auf dem
Leistungsmarkt Duisburg, Diskussionsbeiträge des Fachbereichs Betriebs-
wirtschaft – Mercator School of Management (MSM) – der Universität
Duisburg-Essen, Campus Duisburg, Nr. 311.

Ebsen I (2004), Selektives Kontrahieren in der GKV unter wettbewerbsrechtlichen Gesichtspunkten, in: Wille E/Albring M (Hrsg.), Paradigmenwechsel im Gesundheitswesen durch neue Versorgungsstrukturen? Frankfurt/Main u. a.: 57–79.

Ebsen I/Greß S/Jacobs K/Szecsény J/Wasem J (2003), Vertragswettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung zur Verbesserung von Qualität und Wirtschaftlichkeit der Gesundheitsversorgung – Gutachten im Auftrag des AOK-Bundesverbandes. AOK-Bundesverband – AOK im Dialog (Band 13). Bonn.

Ernst & Young AG (2005), Gesundheitsversorgung 2020. Konzentriert. Marktorientiert. Saniert. Eschborn/Frankfurt a. M.

Gäfgen G (1988), Kollektivverhandlungen als konstitutiver Allokationsmechanismus korporatistischer Ordnungen, in: Gäfgen G (Hrsg.), Neokorporatismus und Gesundheitswesen. Baden-Baden: Nomos, 61–89.

Glaeske G/Klauber J/Lankers C/Selke G (2003), Stärkung des Wettbewerbs in der Arzneimittelversorgung zur Steigerung von Konsumentennutzen, Effizienz und Qualität. Gutachten im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung.

Greß S/Niebuhr D/Wasem J (2006), "Neue Wege zum fairen Pillen-Preis." Gesundheit und Gesellschaft 9 (3), 34–40.

Hauck-Engelhardt (ab 1989), Sozialgesetzbuch-Kommentar (Loseblatt). SGB V. Zitiert: Hauck-jeweiliger Bearbeiter.

Häussler B/Albrecht M/Cassel D/Wille E/Schröder H/Nink K/Lankers C (2006), Steuerung der Arzneimittelausgaben und Stärkung des Forschungsstandortes für die pharmazeutische Industrie. Gutachten für das Bundesministerium für Gesundheit.

Höppner K/Greß S/Rothgang H/Wasem J (2006), Instrumente der Risikoselektion – Theorie und Empirie, in: Göppfert D/Greß S/Jacobs K/Wasem J (Hrsg.), Jahrbuch Risikostrukturausgleich 2006 – Zehn Jahre Kassenwechsel. St. Augustin, Asgard, 119-144.

Jacobs K/Reschke P/Cassel D/Wasem J (2002), Zur Wirkung des Risikostrukturausgleichs in der Gesetzlichen Krankenversicherung – Eine Untersuchung im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit: Endbericht. Baden-Baden: Nomos, Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit, Band 140.

Jacobs K/Schulze S (2004), Wettbewerbsperspektiven integrierter Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung, in: Cassel D (Hrsg.), Wettbewerb und Regulierung im Gesundheitswesen. Baden-Baden: Nomos, 89–110.

Kassenärztliche Bundesvereinigung (2006), Forderungen der KBV an die anstehenden Reformen im deutschen Gesundheitswesen – „Ärztliches Handeln in Freiheit und Verantwortung“. Köln.

Klauber J/Schleert N (2006), Mehr Mut zum Wettbewerb. Gesundheit und Gesellschaft 9 (4), 32–39.

Knappe E/Schulz-Nieswandt F (2003), Vertragssystemwettbewerb. Zur Neuordnung des Sicherstellungsauftrages zwischen kollektiv- und individualvertragsrechtlicher Perspektive und das Problem der Integrationsversorgung im bundesdeutschen Gesundheitswesen auf der Grundlage von Tarifwahlfreiheiten der Versicherten. Gutachten im Auftrag der KBV – Kassenärztlichen Bundesvereinigung unter Mitarbeit von Clarissa Kurscheid und Doris Weissberger. Endbericht vom November 2003. Köln und Trier.

Knieps F (2002), in: Schnapp FE/Wigge P (Hrsg.) Handbuch des Vertragsarztrechts, 281.

Koenig C/Steiner U (2003), Die Anwendbarkeit des Vergaberechts auf die Leistungsbeziehungen zwischen Krankenhäusern und Krankenkassen. Zeitschrift für Europäisches Sozial- und Arbeitsrecht, Teil I: Ausgabe 3, 98–105; Teil II: Ausgabe 4–5, 150–155.

Kreft M/Baur S/Schmelzer R (2002), Praxisnetze. Zeit für Professionalisierung. Deutsches Ärzteblatt 99 (11 Suppl.), 11–13.

Leber W (2005), Refinanzierung ambulanter Klinikleistungen. Krankenhaus Umschau Ausgabe 3, 232–234.

Paus B (2005), Abgrenzung der freiberuflichen von der gewerblichen Tätigkeit. Aktuelle Rechtslage und Gestaltungsmöglichkeiten. Der Ertragssteuerberater 462–465.

Quaas M (2004), Vertragsgestaltungen zur integrierten Versorgung aus der Sicht der Krankenhäuser. Vierteljahresschrift für Sozialrecht 175–195.

Rehborn M (2004), Erweiterte Vertragskompetenz der Krankenkassen unter besonderer Berücksichtigung der Verträge zur hausarztzentrierten und integrierten Versorgung – Vertragsgestaltungen aus der Sicht niedergelassener Vertragsärzte. Vierteljahresschrift für Sozialrecht, 157–173.

Reschke P/Sehlen S/Schiffhorst G/Schräder W/Lauterbach K/Wasem J unter Mitarbeit von Behrend C/Deckenbach B/Gomez D/Greß S/Hörer A/Hofmann J/Lüngen M/Ryll A/Steffen S/Stock S/Tolksdorff K (2004), Klassifikationsmodelle für Versicherte im Risikostrukturausgleich. Untersuchung zur Auswahl geeigneter Gruppenbildungen, Gewichtungsfaktoren und Klassifikationsmerkmale für einen direkt morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich in der gesetzlichen Krankenversicherung im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit und soziale Sicherung. Zugriff am 28. August 2008 unter:
http://www.bmg.bund.de/cln_110/nn_1168248/SharedDocs/Publikationen/DE/Forschungsberichte/f334,templateId=raw,property=publicationFile.pdf/f334.pdf.

Sauerland D (2004), Die Gesetzliche Krankenversicherung in der Sozialen Marktwirtschaft: eine ordnungspolitische Analyse. ORDO – Jahrbuch für die Ordnung von Wirtschaft und Gesellschaft 55, 209–233.

Schönbach KH (2002), Reform des Gesundheitswesens durch Öffnung des Kollektivvertragsrechts. Arbeit und Sozialpolitik Ausgabe 11–12, 10–17.

Schwabe U/Paffrath D (Hrsg.) (2005), Arztnieverordnungs-Report 2005. Heidelberg: Springer.

Stelzer D (2004), Sind Dienstleistungsaufträge im Rahmen des Leistungserbringungsrechts der gesetzlichen Krankenversicherung nach "nationalem transformierten" öffentlichen Vergaberecht bundesweit öffentlich auszuschreiben bzw. in "Öffentlicher Ausschreibung" oder anderweitig zu vergeben? Zeitschrift für Europäisches Sozial- und Arbeitsrecht Ausgabe 11–12, 460–470.

Sundmacher T (2004), Systemwandel in kleinen Schritten? Das Beispiel der Integrierten Versorgung im System der Gesetzlichen Krankenversicherung, in: Apolte T/Caspers R/Welfens PJJ (Hrsg.), *Ordnungsökonomische Grundlagen nationaler und internationaler Wirtschaftspolitik*. Stuttgart, 123–147.

Sundmacher T/Sundmacher J (2004), Wettbewerb im Gesundheitssystem: Zur Implementierung von Vertragsfreiheit in ausgewählten Bereichen, in: Budzinski O/Jasper J (Hrsg.), *Wettbewerb, Wirtschaftsordnung und Umwelt*. Frankfurt/Main, 141–165.

Sundmacher T (2005), Transformation des deutschen Gesundheitssystems – Anforderungen und Instrumente. *Zeitschrift für Wirtschaftspolitik* 54 (1), 19–51.

Wendland H (2005a), *Gewerbesteuerliche Fallstricke beim MVZ. Praxis Freiberufler-Beratung*, 30–34.

Wendland H (2005b), *Umsatzsteuerlicher Blickwinkel im MVZ. Praxis Freiberufler-Beratung*, 6–10.

Wille E (2000), Das deutsche Gesundheitswesen unter Effizienz- und Effektivitätsaspekten, in: Wille E/Albring M (Hrsg.), *Rationalisierungsreserven im deutschen Gesundheitswesen*. Frankfurt/Main, 349–387.

Dieter Cassel, Ingwer Ebsen, Stefan Greß, Klaus Jacobs, Sabine Schulze,
Jürgen Wasem

Nach der Gesundheitsreform der großen Koalition: Vorfahrt für Vertragswettbewerb?

**Das Potenzial des GKV-WSG für
Selektivverträge zwischen Krankenkassen
und Leistungserbringern**

Inhalt

1	Das GKV-WSG und Vertragswettbewerb.....	155
2	Vertragsärztliche Versorgung: Ausbau der Optionen für Selektivverträge	157
2.1	Hausarztzentrierte Versorgung	157
2.2	Besondere ambulante Versorgung	162
3	Integrierte Versorgung: kaum Änderungen, aber ungewisse Zukunft.....	165
4	Krankenhaussektor: Rückschritt und Stillstand für den Vertragswettbewerb	171
4.1	Hochspezialisierte ambulante Versorgung im Krankenhaus	172
4.2	Wettbewerbssteuerung als fortbestehender Reformauftrag.....	173
5	Arzneimittelversorgung: weiterhin kein schlüssiges Steuerungskonzept.....	181
5.1	Rabattverträge	182
5.2	Einbezug von Patienten und Ärzten	187
5.3	Erstattungshöchstbeiträge	190
5.4	Reformperspektive: konsistenter Ordnungsrahmen	191

6	Hilfsmittel: erfolgreicher Übergang zu vertragswettbewerblicher Steuerung.....	193
7	Anwendung wettbewerbsrechtlicher Regelungen in der GKV.....	195
7.1	Die Sichtweise von Krankenkassen als Unternehmen	196
7.2	Die Sichtweise von Krankenkassen als Träger mittelbarer Staatsverwaltung	199
7.3	Zur Anwendung von Vergaberecht.....	203
8	Weitere Reformmaßnahmen zum vertragswettbewerblichen Ordnungsrahmen	207
8.1	Gesundheitsfonds und Morbi-RSA.....	208
8.2	Zusatzbeitrag und Überforderungsklausel	212
8.3	Neuordnung der Institutionen.....	215
9	Schlussbemerkungen.....	219
10	Literatur	221

1 Das GKV-WSG und Vertragswettbewerb

Das Gutachten zum Vertragswettbewerb im ersten Teil dieser Publikation wurde im Juli 2006 vorgelegt. Dementsprechend bezogen sich die darin vorgenommene Analyse der bestehenden Selektivvertragsmöglichkeiten sowie die daraus abgeleiteten Reformvorschläge auf den Status quo der GKV vor Verabschiedung der Gesundheitsreform der Großen Koalition. Diese Reform ist in Gestalt des „Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-WSG)“ zum 1. April 2007 in Kraft getreten. Ihr erklärtes Ziel war, dass „das Gesundheitssystem auf allen Ebenen neu strukturiert und wettbewerblicher ausgerichtet“ wird (Begründung zum Gesetzentwurf, BT-Drs. 16/3100, Allg. Teil I.3). Dieses eindeutige Bekenntnis des Gesetzgebers zu „mehr Wettbewerb“ legt es nahe zu untersuchen, wie hoch das Potenzial der Neuregelungen des GKV-WSG im Hinblick auf die beabsichtigte Stärkung des Vertragswettbewerbs tatsächlich ist.

Dabei wird vor dem Hintergrund der Empfehlungen aus dem Gutachten von 2006 schon auf den ersten Blick unmittelbar deutlich, dass auch die Gesundheitsreform 2007 keine generelle Öffnung der Vertragsbeziehungen zwischen Kassen und Leistungserbringern im Sinn eines konsistenten vertragswettbewerblichen Systems vorsieht. So gibt es auch nach dem GKV-WSG weiterhin keine allgemeine Vertragsoption zum Abschluss von sektoralen oder sektorübergreifenden Selektivverträgen. Ebenso wenig wurden damit korrespondierende generelle Regelungen zu Fragen der Bereinigung, der Sicherstellung und der Mindestqualität aller Selektivverträge geschaffen. Stattdessen wurden – wie bereits in früheren Reformen – an zahlreichen Stellen

des kollektivvertraglichen Leistungserbringungsrechts spezifische wettbewerbliche Öffnungen und Modifikationen bereits bestehender Selektivvertragsoptionen vorgenommen. Eine konsistente Konzeption zu einer durchgängig wettbewerblichen Steuerung des Leistungsgeschehens in der GKV ist dabei nicht erkennbar.

In diesem Beitrag analysieren wir zunächst die Regelungen des GKV-WSG im Bereich der vertragsärztlichen Versorgung, der integrierten Versorgung und der Krankenhausversorgung (*siehe Kapitel 2 bis 4*) sowie der Versorgung mit Arznei- und Hilfsmitteln (*siehe Kapitel 5 und 6*). Analysen zur Anwendung wettbewerbs- und vergaberechtlicher Regelungen im Bereich der GKV (*siehe Kapitel 7*) und zu den Wechselwirkungen mit Maßnahmen der Finanzierungs- und Organisationsreform der GKV im GKV-WSG schließen den Beitrag ab (*siehe Kapitel 8*).

2 Vertragsärztliche Versorgung: Ausbau der Optionen für Selektivverträge

2.1 Hausarztzentrierte Versorgung

Seit dem GKV-WSG sind alle Krankenkassen dazu verpflichtet, ihren Versicherten eine hausarztzentrierte Versorgung (§ 73b SGB V) und den daran teilnehmenden Versicherten spezifische Hausarztтарife (§ 53 Abs. 3 SGB V) anzubieten. Die Ausgestaltung der Verträge zur hausarztzentrierten Versorgung ist konsequent selektivvertraglich geregelt, einschließlich des Übergangs des Sicherstellungsauftrags auf die Kassen und der Möglichkeit der freiwilligen Bindung der Versicherten. Diese sind im Fall ihrer Teilnahme verpflichtet, für mindestens ein Jahr einen Arzt aus dem Kreis der von ihrer Kasse selektiv kontrahierten Hausärzte auszuwählen und andere Vertragsärzte – mit Ausnahme von Augen- und Frauenärzten – für die Dauer ihrer Teilnahme erst auf dessen Überweisung aufzusuchen.

Im Hinblick auf das Ziel einer Stärkung des Vertragswettbewerbs sind die Neuregelungen im Bereich der hausarztzentrierten Versorgung ambivalent zu beurteilen. Einerseits ist positiv zu bewerten, dass dieser Vertragstyp jetzt insoweit „echten“ Selektivvertragscharakter erhält, als er nicht mehr – wie es noch in dem 2004 in Kraft getretenen GKV-Modernisierungsgesetz (GMG) geregelt war – in ein Kollektivvertragsregime eingebettet ist, das weitreichende Vorgaben bis hin zur Vergütung enthält. Andererseits ist jedoch zu bemängeln, dass es nunmehr detaillierte Strukturvorgaben des Gesetzgebers für die hausarztzentrierte Versorgung gibt, die die Handlungsfreiräume der Selektivvertragspartner von vornherein beträchtlich einengen; dies gilt für

Vorschriften zur Teilnahme der Hausärzte an Qualitätszirkeln zur Arzneimitteltherapie, zur Behandlung nach Leitlinien und zur Fortbildungspflicht ebenso wie zum Qualitätsmanagement der Hausarztpraxis.

Besonders kritisch ist zu bewerten, dass die Kassen nunmehr verpflichtet sind, ihren Versicherten ein Angebot zu hausarztzentrierter Versorgung zu machen, das zudem mit der Vorgabe der Flächendeckung verbunden ist (§ 73b Abs. 4). Offenbar geht der Gesetzgeber davon aus, dass es eine bestimmte Ausgestaltungsform hausarztzentrierter Versorgung gibt, die gleichsam die Gewähr für eine Verbesserung von Qualität und Effizienz der Versorgung bietet.¹ Wettbewerbliche Such- und Entdeckungsprozesse zur Optimierung der Gesundheitsversorgung werden damit von vornherein begrenzt, und Kassen und Leistungserbringer werden die spezifische Ausgestaltung von Modellen der hausarztzentrierten Versorgung nur eingeschränkt als Wettbewerbsfeld nutzen können.

Die Verpflichtung zum Angebot hausarztzentrierter Versorgung als einer spezifischen neuen Vertrags- und Versorgungsform kann zudem dazu führen, dass Aktivitäten in Bezug auf andere selektivvertragliche Versorgungsformen beeinträchtigt werden. Insbesondere in weniger stark besiedelten Regionen könnten Kassen und Leistungserbringer schnell an Kapazitätsgrenzen stoßen, wenn sie parallel unterschiedliche Versorgungsformen vereinbaren wollen. Weil das Angebot zur hausarztzentrierten Versorgung jedoch obligatorisch ist,

¹ So wird seitens der Bundesregierung immer wieder explizit auf Hausarztmodelle als Instrument der Krankenkassen zur Realisierung von Effizienzverbesserungen verwiesen, um einen sonst womöglich drohenden Zusatzbeitrag im künftigen Finanzierungsmodell der GKV zu vermeiden (*vgl. hierzu Kapitel 8 in diesem Beitrag*).

könnten andere Versorgungsformen – etwa Modelle der populationsbezogenen integrierten Versorgung – dadurch „auf der Strecke bleiben“, obwohl sie unter Umständen ein höheres Potenzial zur Verbesserung von Qualität und Wirtschaftlichkeit aufweisen.

Die Verpflichtung zum flächendeckenden Angebot von hausarztzentrierter Versorgung wirft zudem die Frage auf, wie „selektiv“ entsprechende Verträge letztlich überhaupt ausfallen können bzw. werden. Die Vorgabe der Flächendeckung für eine konkrete neue Versorgungsform steht bereits grundsätzlich im erkennbaren Widerspruch zur vertragswettbewerblichen Idee dezentraler Versorgungsverträge und regionaler Versorgungsinnovationen. Inhaltlich aufwändige Versorgungsmodelle – sowohl zur hausarztzentrierten als auch zur integrierten Versorgung – sind nicht zuletzt abhängig von den jeweiligen regionalen Strukturen der Leistungserbringer und deren Bereitschaft, sich in neuen Organisations- und Betriebsstrukturen zu engagieren. Ein flächendeckendes „Ausrollen“ eines neuen Versorgungsmodells, das sich substantiell von der tradierten Kollektivversorgung unterscheidet, wird deshalb mit zunehmendem Komplexitätsgrad immer schwieriger bzw. letztlich unmöglich. Wenn eine schnelle Flächendeckung erreicht werden soll, können die jeweiligen Versorgungsmodelle kaum besondere Anforderungen an Kassen und Leistungserbringer stellen, die sich nicht auch im Rahmen von „normalen“ Kollektivregelungen verankern ließen. „Flächendeckung“ wird vor allem dann besonders schnell erreicht, wenn Verträge zwischen Kassen und großen Leistungserbringerverbänden geschlossen werden und keine nennenswerten Veränderungen der Versorgungsstrukturen erfolgen.

Mittlerweile gibt es über die bestehende Gesetzesvorschrift zur Flächendeckung hausarztzentrierter Versorgungsangebote hinaus sogar Vorstellungen der Bundesregierung, die bestehenden Vertrags-

spielräume noch weiter einzuschränken, indem die Krankenkassen per Gesetz zum Abschluss entsprechender Verträge bis zum 30. Juni 2009 verpflichtet werden sollen, und zwar mit Gemeinschaften, die mindestens die Hälfte der an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Allgemeinärzte des Bezirks einer Kassenärztlichen Vereinigung vertreten. Eine solche Vorschrift stünde in diametralem Gegensatz zu dem proklamierten Reformziel, mehr Freiräume für Selektivverträge zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern zu schaffen – aus vertragswettbewerblicher Sicht muss sie deshalb entschieden abgelehnt werden.

Allein schon durch die Vorgabe der Flächendeckung – und naturgemäß erst recht, wenn der gerade dargelegte Vorschlag umgesetzt würde – ist für die hausarztzentrierte Versorgung zu erwarten, dass vor allem Verträge mit großen (Haus-)Ärzteverbänden abgeschlossen werden. Diese haben ihrerseits ein Interesse an möglichst vielen Mitgliedern, von denen keines von der Teilnahme ausgeschlossen werden dürfte. Ob sich dieses Modell nennenswert vom kollektivvertraglichen Status quo der hausärztlichen Versorgung unterscheidet und inwieweit damit tatsächlich neue Wirtschaftlichkeits- und Qualitätspotenziale gehoben werden können, ist somit mehr als fraglich. Bisherige Erfahrungen mit derartigen „selektiven Kollektivverträgen“ sprechen jedenfalls kaum dafür, dass auf diese Weise spürbare Effizienzverbesserungen erreicht werden können.²

² So ist etwa bekannt, dass der Großteil der Versicherten ohnehin einen festen Hausarzt hat und – spätestens seit Einführung der Praxisgebühr – kaum noch Fachärzte ohne Überweisung aufsucht (*Zok 2005*). Entsprechend konnte bei bislang bestehenden Hausarztmodellen nicht ausgeschlossen werden, dass es im Hinblick auf ökonomische Vorteile – etwa in Form reduzierter Praxisgebühren – bei den teilnehmenden Versicherten zu reinen Mitnahmeeffekten kommt (*Böcken 2006*).

Die Vorschriften des GKV-WSG zur hausarztzentrierten Versorgung sind noch aus weiterem Grund ambivalent zu bewerten. In § 73b Abs. 7 SGB V werden die Vertragspartner der Gesamtverträge verpflichtet, die vertragsärztliche Gesamtvergütung um Leistungen der selektivvertraglich vereinbarten hausarztzentrierten Versorgung zu bereinigen. Zwar ist diese Verpflichtung grundsätzlich zu begrüßen, doch wird kein konkretes Bereinigungsverfahren vorgeschrieben, das die Kollektivvertragspartner und Schiedsämter hinreichend bindet. Die vorgesehene Bereinigungslösung – ein Verhandlungsmodell für die Vertragspartner der Kollektivversorgung – hat sich bereits in der Vergangenheit (im Kontext der integrierten Versorgung) als untauglich erwiesen. Als Lösungsmöglichkeit wäre stattdessen eine klare, schiedsamts- und schiedsstellenfähige Bereinigungsregelung im Sinn einer verpflichtenden Bereinigungsvorgabe für die Kollektivvertragspartner erforderlich. Zum einen wäre die Bereinigung dann nicht mehr vom Einverständnis der Kollektivvertragspartner abhängig. Und zum anderen würde durch eindeutige und präzise Vorgaben zur anzuwendenden Bereinigungssystematik die Handlungsfähigkeit der Schiedsämter im Streitfall erhöht.

Grundsätzlich liefert die Formulierung in der Gesetzesbegründung zu den §§ 73b und 73c SGB V bereits eine Vorlage für ein brauchbares Bereinigungsverfahren; danach sind die Vertragspartner der Gesamtverträge „zu einer Bereinigung der Gesamtvergütungen um den Betrag (verpflichtet), den die Erfüllung des selektivvertraglich vereinbarten Versorgungsauftrags bezogen auf die teilnehmenden Versicherten im Rahmen der kollektivvertraglich organisierten vertragsärztlichen Leistungserbringung gekostet hätte“. Dagegen sind die eigentlichen gesetzlichen Vorgaben für das anzuwendende technische Bereinigungsverfahren eher unbestimmt gehalten. Sie enthalten lediglich den Verweis darauf, dass sich die Bereinigung an Zahl und Mor-

biditätsstruktur der am Selektivvertrag teilnehmenden Versicherten orientieren soll.³

Was die technische Umsetzung der Bereinigung betrifft, kann immerhin davon ausgegangen werden, dass die insbesondere bei der hausärztlichen Versorgung vorgenommenen Änderungen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) mit einer verstärkten Pauschalisierung der Vergütung die Bereinigung der Gesamtvergütung für den hausärztlichen Versorgungsbereich künftig erleichtern dürfte – zumindest sofern sich die Selektivverträge auf die gesamte hausärztliche Versorgung beziehen und nicht nur auf bestimmte Teile davon.

2.2 Besondere ambulante Versorgung

Mit der besonderen ambulanten Versorgung (§ 73c SGB V) hat das GKV-WSG eine sehr weitreichende Selektivvertragsoption für die vertragsärztliche Versorgung eingeführt. Verträge können sich sowohl auf die gesamte vertragsärztliche Versorgung der Versicherten als auch auf einzelne Bereiche der vertragsärztlichen Versorgung beziehen. Wie die hausarztzentrierte Versorgung ist auch diese Vertragsoption konsequent selektivvertraglich geregelt, einschließlich der freiwilligen Versichertenbindung und des Übergangs des Sicherstellungsauftrags auf die Krankenkassen. Diese Vertragsoption unterscheidet sich von der hausarztzentrierten Versorgung jedoch in einem wichtigen Punkt, nämlich darin, dass hier keine Angebotspflicht der Kassen

³ Zu Ansätzen möglicher Bereinigungsverfahren, die eine Konkretisierung dieser Vorgabe für die vertragsärztliche Vergütung vornehmen, vergleiche *Schulze/Schwinger (2008)*.

besteht und der Gesetzgeber den Selektivvertragspartnern auch keine weiteren einengenden Strukturvorgaben macht. Somit haben Kassen und Leistungserbringer weite Handlungsspielräume für die Entfaltung wettbewerblicher Such- und Entdeckungsprozesse.

Allerdings wird die erforderliche Bereinigung der vertragsärztlichen Gesamtvergütungen auch hier ein zentrales Problem darstellen. Die Bereinigungsvorgaben für die besondere ambulante Versorgung entsprechen jenen zur hausarztzentrierten Versorgung, so dass für die Bereinigung der vertragsärztlichen Gesamtvergütungen die gleichen Probleme bestehen.

3 Integrierte Versorgung: kaum Änderungen, aber ungewisse Zukunft

Die integrierte Versorgung nach § 140a ff SGB V stellt derzeit eindeutig den Kernbereich des selektiven Vertragsgeschehens dar. In diesem Bereich waren schon vor dem WSG viele zentrale Bedingungen für eine selektivvertragliche Steuerung konsequent implementiert. Neben dem selektivvertraglichen Charakter der Versorgungsverträge gehört dazu der Übergang des Sicherstellungsauftrags auf die Krankenkassen und die Möglichkeit der freiwilligen Bindung von Versicherten an die leistungserbringenseitigen Vertragspartner der Krankenkassen.

Die Statistik der Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung (BQS) weist zum 30. Juni 2008 mehr als 5500 Verträge zur integrierten Versorgung mit einem Gesamtvolumen von über 783,6 Millionen Euro auf. Diese Zahlen spiegeln eine bemerkenswerte vertragswettbewerbliche Dynamik wider, die maßgeblich durch die sog. „Anschubfinanzierung“ getrieben wurde: den pauschalen 1-Prozent-Abzug von der ambulanten und stationären Gesamtvergütung. Mit dem Vertragsarztrechtsänderungsgesetz ist zum 1. Januar 2007 eine zeitliche Verlängerung der ursprünglich Ende 2006 auslaufenden Anschubfinanzierung bis Ende 2008 in Kraft getreten. Dies führte dazu, dass sich die vertragswettbewerbliche Dynamik in der integrierten Versorgung zwar zunächst weiter fortsetzen konnte, doch werden letztlich auch zwei weitere Jahre „gesicherter“ Finanzmittel kaum ausreichen, um den Kassen und Leistungserbringern ausreichende Investitionsanreize für die Entwicklung von komplexeren – etwa populationsbezogenen – (Voll-)Versorgungsmodellen zu bieten.

Das Auslaufen der 1-Prozent-Anschubfinanzierung zum Jahresende 2008 stellt die Kassen vor die Aufgabe zu prüfen, ob die von ihnen geschlossenen Verträge zur integrierten Versorgung auch ohne Anschubfinanzierung weitergeführt werden können. Dabei werden sie feststellen, dass selbst solche Verträge, die spürbare Qualitätsverbesserungen der Versorgungsstrukturen bewirken und zugleich Einsparpotenziale aufweisen, solange unvermeidlich zu Zusatzausgaben führen („Add-on-Finanzierung“), wie es keine zwingende Bereinigung der sektoralen Kollektivvergütungen gibt, sondern diese unter dem Vorbehalt einer entsprechenden Einigung der Kollektivvertragsparteien steht (*vgl. die entsprechenden Ausführungen im Kontext der hausarztzentrierten Versorgung in Abschnitt 2.1 in diesem Beitrag*). Deshalb ist die Finanzierbarkeit sämtlicher Selektivverträge zur integrierten Versorgung gefährdet – insbesondere unter den künftigen Bedingungen des Gesundheitsfonds (*vgl. Kapitel 8 „Weitere Reformmaßnahmen zum vertragswettbewerblichen Ordnungsrahmen“*) –, wenn die pauschale Anschubfinanzierung als pragmatische Lösung zur Vermeidung von Doppelfinanzierungen ausläuft. Aus diesem Grund wurde im Gutachten von 2006 empfohlen, den Abzugszeitraum um fünf Jahre zu verlängern. Weil zudem vorgeschlagen wurde, die Anschubfinanzierung für alle Typen von Selektivverträgen – sektoral wie sektorübergreifend – verwenden zu können, sollte ihr Volumen außerdem verdoppelt werden. Dass entsprechender Bedarf besteht, zeigt sich insbesondere daran, dass einige Krankenkassen in der Vergangenheit versucht haben, auch andere Selektivvertragsoptionen – etwa die hausarztzentrierte Versorgung – im Rahmen von Vertragskonstrukten der integrierten Versorgung umzusetzen. Der Gesetzgeber ist der Empfehlung, die Anschubfinanzierung auszuweiten und zu verlängern, jedoch nicht gefolgt.

Grundsätzlich stellt das Instrument der pauschalen Abzugsquote – unabhängig von ihrer Befristung bis Ende 2008 – ohnehin keine dauerhafte Lösung der Bereinigungsproblematik von Selektivverträgen dar. Nach der zeitlichen und mengenmäßigen Ausschöpfung dieser Finanzmittel müssen sachgerechte Bereinigungsregelungen greifen. So kann auch argumentiert werden, dass eine Verlängerung der Anschubfinanzierung die adäquate Lösung dieser Aufgabe damit letztlich nur aufschöbe; angesichts des bevorstehenden Auslaufens der Anschubfinanzierung stellt sie sich allerdings nunmehr umso dringlicher. Dabei entsprechen die bestehenden Bereinigungsregelungen der integrierten Versorgung für den vertragsärztlichen Bereich weitgehend den Regelungen, die für die hausarztzentrierte Versorgung und die besondere ambulante Versorgung vorgesehen sind. Auch hier gibt es eine Bereinigungspflicht der Gesamtvertragspartner in Form einer Verhandlungslösung und bei Nichteinigung eine Entscheidungsbefugnis der Schiedsämter. Es gibt jedoch keine konkreten Vorgaben für die Berechnung des Bereinigungsbetrags, so dass in diesem zentralen Punkt weite Interpretationsspielräume bestehen. Daher wäre es geboten – für die integrierte Versorgung genauso wie für die hausarztzentrierte und die besondere ambulante Versorgung –, konkret vorzugeben, wie die Budgets der Kollektivverträge um die Beträge gekürzt werden müssten, die bei einer Erbringung der selektivvertraglich vereinbarten Leistungen im jeweiligen Kollektivsystem angefallen wären.⁴

⁴ Schon im Jahr 2000 wurde im Kontext der damals noch notwendigen Rahmenvereinbarung zur integrierten Versorgung ein Bereinigungsverfahren für die vertragsärztliche Versorgung beschlossen, und zwar für den Fall, dass die gesamte vertragsärztliche Versorgung von Versicherten im Rahmen der integrierten Versorgung erfolgt. Zu möglichen Verfahren zur Bereinigung der Gesamtvergütung nach der Reform der vertragsärztlichen Vergütung (vgl. *Schulze/Schwinger 2008*).

An dieser Stelle sei noch kurz auf eine weitere Änderung der Regelungen zur integrierten Versorgung eingegangen. Seit dem GKV-WSG sollen Verträge zur integrierten Versorgung eine „bevölkerungsbezogene Flächendeckung der Versorgung ermöglichen“ (§ 140a Abs. 1 SGB V).⁵ Laut Gesetzesbegründung lassen sich unter dem Begriff der „bevölkerungsbezogenen Flächendeckung“ zwei Versorgungstypen zusammenfassen: „Eine bevölkerungsbezogene Flächendeckung ist insbesondere dann anzunehmen, wenn entweder in einer größeren Region (z. B. mehrerer Stadt- oder Landkreise) die Behandlung einer versorgungsrelevanten Volkskrankheit (z. B. Diabetes, Schlaganfallprävention oder Bandscheibenerkrankungen) umfassend in einer integrierten Versorgung angeboten wird oder in einer auch kleineren Region das gesamte oder ein Großteil des Krankheitsgeschehen der Versicherten in einer integrierten Versorgung ermöglicht wird.“ (Gesetzesbegründung zu § 140a Abs. 1 Satz 2).

Hierzu ist grundsätzlich anzumerken – ähnlich wie bereits bei den gesetzlichen Vorgaben zur hausarztzentrierten Versorgung –, dass der Gesetzgeber darauf verzichten sollte, bestimmte Ergebnisse des Vertragswettbewerbs von vornherein präferieren zu wollen. Die Zielvorgabe der „Flächendeckung“ in Kombination mit bestimmten Versorgungsmodellen ist in diesem Zusammenhang besonders problematisch. Angesichts beträchtlicher regionaler Unterschiede in den Angebotsstrukturen – sowohl im Hinblick auf ihren Status quo als auch auf die Herausbildung neuer Versorgungsformen – ist mit einer solchen Vorgabe stets die Gefahr einer Nivellierung auf niedrigem Ni-

⁵ Im Entwurf zum GKV-WSG (BT-Drs. 16/3100 vom 24.10.2006) war sogar noch vorgesehen, dass künftig die der Mittel der Anschubfinanzierung nur noch für Verträge mit bevölkerungsbezogener Flächendeckung der Versorgung verwendet werden sollten. Diese Vorgabe entfiel aber dann im Gesetzgebungsprozess wieder.

veau verbunden. Sollten sich zum Beispiel bestimmte Angebotsoptionen in ländlichen, dünn besiedelten Gebieten aus unterschiedlichen Gründen gar nicht realisieren lassen, darf dies kein Grund dafür sein, auf entsprechende Aktivitäten in Regionen mit hoher Bevölkerungsdichte von vornherein zu verzichten.

Schließlich sind mit dem GKV-WSG erstmals auch gesetzliche Grundlagen dafür geschaffen worden, dass sich Pflegekassen bzw. Pflegeeinrichtungen in Zukunft an Verträgen zur integrierten Versorgung beteiligen können. Dies ist in versorgungsinhaltlicher Perspektive vom Grundsatz her zu begrüßen, denn integrierte – sprich: sektorübergreifende – Versorgung sollte auch vor einer durch eigenständige Sozialversicherungszweige markierten Versorgungsgrenze nicht Halt machen; schließlich weist der Großteil der unmittelbar Betroffenen – pflegebedürftige, multimorbide Menschen – „simultanen“ Versorgungsbedarf im Hinblick auf Leistungen der Kranken- wie der Pflegeversicherung auf. Ob den zweifellos guten Absichten des Gesetzgebers jedoch entsprechende (Vertrags-)Realitäten folgen werden, muss folglich bezweifelt werden – zu unterschiedlich sind gesetzliche Kranken- und soziale Pflegeversicherung in Bezug auf zentrale Finanzierungs-, Vergütungs- und nicht zuletzt Steuerungsstrukturen ausgestaltet. Während Verträge zur integrierten Versorgung in der GKV geradezu „Paradebeispiele“ für selektives Kontrahieren sind, ist Wettbewerb jeglicher Form in der „faktischen Einheits-Pflegeversicherung“ ein vollkommen unbekanntes Konzept. Solange sich dies nicht grundlegend ändert und das Verhältnis zwischen Kranken- und Pflegeversicherung vor allem durch Abgrenzungsfragen hinsichtlich der Zuständigkeit zur Erbringung und Finanzierung bestimmter Leistungen bestimmt wird, sollten keine überzogenen Erwartungen an die nunmehr mögliche Einbeziehung von Pflegeleistungen in die integrierte Versorgung geknüpft werden.

Zusammenfassend stellt sich damit die integrierte Versorgung nach dem GKV-WSG als – zunächst – weithin unverändert dar. Die Verlängerung der Anschubfinanzierung bis Ende 2008 stellte sicher, dass weitere Selektivverträge geschlossen werden konnten. Der Verzicht auf die ursprünglich vorgesehene Vorschrift zur „bevölkerungsbezogenen Flächendeckung“ sorgte dafür, dass die selektivvertraglichen Handlungsfreiräume zur Verwendung der Anschubfinanzierung nicht beschnitten wurden. Gleichwohl ist deutlich geworden, dass gerade auch für die integrierte Versorgung eine Lösung der Bereinigungsfrage der sektoralen Kollektivvergütungen unumgänglich ist, wenn die vertragswettbewerbliche Dynamik in diesem Bereich nach dem bevorstehenden Ende der Anschubfinanzierung anhalten soll. Da eine Lösung dieser Frage durch den Gesetzgeber weiter aussteht, sind die Aussichten für die Zukunft dieses selektivvertraglichen Kernbereichs – zumal unter den künftigen Bedingungen von Gesundheitsfonds und Zusatzbeitrag – derzeit eher ungewiss.

4 Krankenhaussektor: Rückschritt und Stillstand für den Vertragswettbewerb

Obwohl der Krankenhaussektor als ausgabenintensivster Leistungsbereich der GKV in Bezug auf die Verbesserung seiner Qualität und Wirtschaftlichkeit erhebliche Potenziale aufweist, ist er aller einschlägigen Wettbewerbsrhetorik zum Trotz bis heute ein nahezu vollständiger wettbewerblicher Ausnahmebereich geblieben, in dem der Gesetzgeber jedweden vertragswettbewerblichen Steuerungskonzepten offenbar grundlegend zu misstrauen scheint. Diese Einschätzung hat auch durch das GKV-WSG keine Änderung erfahren – im Gegenteil: erste „zarte Wettbewerbspflänzchen“, die erst drei Jahre zuvor im Rahmen des GKV-Modernisierungsgesetzes (GMG) mit der hochspezialisierten ambulanten Versorgung im Krankenhaus eingeführt worden waren, sind im GKV-WSG wieder vollständig beseitigt worden. Und während im vertragsärztlichen Bereich mit der „besonderen ambulanten Versorgung“ eine inhaltlich vergleichsweise weit gefasste neue Möglichkeit zum Abschluss von sektoralen Selektivverträgen zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern eröffnet wurde (*vgl. Abschnitt 2.2 in diesem Beitrag*), sucht man eine vergleichbare Neuregelung für den Krankenhausbereich weiter vergeblich.

4.1 Hochspezialisierte ambulante Versorgung im Krankenhaus

Im Rahmen des GMG hatte der Gesetzgeber Krankenkassen und Krankenhäusern mit Wirkung zum 01.01.2004 die Möglichkeit eingeräumt, Selektivverträge für die hochspezialisierte ambulante Behandlung im Krankenhaus zu schließen (§ 116b SGB V). Vor allem aus zwei Gründen konnte seitens der Krankenkassen jedoch kein besonderes Interesse bestehen, von dieser Selektivvertragsoption Gebrauch zu machen: Erstens wären die Leistungsvergütungen für einen entsprechenden Selektivvertrag von den Kassen als reine „Add-on-Ausgaben“ zusätzlich zu den Krankenhausbudgets bzw. zur vertragsärztlichen Gesamtvergütung gezahlt worden, woran naturgemäß keine Krankenkasse im Wettbewerb interessiert sein kann; zweitens sind die in § 116b definierten Versorgungsinhalte vor allem auf schwerkranke und damit besonders kostenintensive Versicherte ausgerichtet. Unter den bisherigen Rahmenbedingungen des Kassenwettbewerbs ohne einen direkt morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich hätten gezielte Versorgungsangebote für die betreffenden Patientengruppen deshalb ein beträchtliches finanzielles Risiko für die Kassen bedeutet.

Da die mangelnde Anreizkompatibilität dieser Selektivvertragsoption für die Kassen somit klar ersichtlich auf der Hand lag, muss es einigermaßen befremdlich erscheinen, dass ein Reformgesetz, das mit dem expliziten Ziel – und sogar der Bezeichnung – der Wettbewerbsstärkung angetreten ist, nicht in erster Linie darauf abzielte, die Anreizkompatibilität für diese Selektivverträge zu erhöhen, sondern stattdessen die in § 116b geregelte hochspezialisierte ambulante Versorgung im Krankenhaus vollständig aus dem Vertragsgeschehen ausgegliedert und stattdessen dem hergebrachten plan- und kollekt-

tivwirtschaftlichen Steuerungsinstrumentarium überantwortet hat. Die damit einhergehende Stärkung der Länder als zuständige Instanzen der Krankenhausplanung, die nun auch im ambulanten Bereich Gestaltungsaufgaben eingeräumt bekommen, ist geradezu wettbewerbswidrig. Die Ermächtigung von Krankenhäusern zur Erbringung und Abrechnung der vom Gesetzgeber festgelegten Leistungen, lässt den Krankenkassen keinerlei wettbewerbliche Handlungsspielräume. Ihre Aufgabe bleibt es, die erbrachten Leistungen nach Einheitspreisen zu vergüten, und zwar zunächst auf der Basis eines gemeinsam und einheitlich festgelegten durchschnittlichen Punktwertes und ab 2009 nach der in der jeweiligen Region geltenden Euro-Gebührenordnung.

Mit dieser Neuregelung wird eine vormals vertragswettbewerblich orientierte Versorgungsform ohne ersichtlichen Grund dem Wettbewerb entzogen. Die Option, entsprechende Leistungen in Selektivverträge zur integrierten Versorgung einzubinden, dürfte kaum relevante Bedeutung erlangen. Eine „wirklich“ wettbewerbsstärkende Lösungsvariante für diese Versorgungsform würde neben der Wiedereinführung der selektiven Vertragskonstruktion und der (mit dem GKV-WSG beschlossenen) morbiditätsorientierten Weiterentwicklung des RSA (*vgl. dazu Kapitel 8 „Weitere Reformmaßnahmen zum vertragswettbewerblichen Ordnungsrahmen“*) vor allem adäquate Bereinigungsregelungen der kollektiven Vergütungsverpflichtungen erfordern.

4.2 Wettbewerbssteuerung als fortbestehender Reformauftrag

Weitere Ausführungen zu krankenhausesbezogenen Reformmaßnahmen des GKV-WSG mit vertragswettbewerblicher Relevanz könnten im

Prinzip äußerst kurz gefasst werden: Es gibt keine derartigen Reformen, und die entsprechenden Ausführungen der Verfasser aus vorangehenden Veröffentlichungen (*neben Ebsen et al. 2003 sowie dem Gutachten von 2006 in diesem Band vgl. speziell zum Krankenhausbereich auch Greß et al. 2004*) behalten deshalb unveränderte Gültigkeit.

Einige zusätzliche Anmerkungen erscheinen angesichts der aktuellen Debatte dennoch angebracht. Dem Gesetzgeber des GKV-WSG war sehr wohl bewusst, dass er – abgesehen von der dezidiert antiwettbewerblichen Neuregelung des § 116b SGB V und der mutmaßlich kaum relevanten Option einer potenziellen Einbindung von § 116b-Leistungen in Verträge zur integrierten Versorgung – die Vertrags- und Versorgungsstrukturen im Krankenhaussektor vollständig unberührt gelassen hat. In der Gesetzesbegründung wird dazu auf die erst Ende 2008 abgeschlossene Konvergenzphase zur Einführung des leistungsorientierten Fallpauschalensystems (DRGs) zur Vergütung der Krankenhausleistungen verwiesen. Mit diesem Prozess seien erhebliche Veränderungen der Krankenhausversorgung verbunden – so eine zunehmende Verlagerung von Leistungen in den ambulanten Bereich infolge verkürzter Liegezeiten der Patienten im Krankenhaus sowie eine Veränderung von Zahl und Struktur der Krankenhäuser. Rechtzeitig vor dem Abschluss der Konvergenzphase zwischen altem und neuen Finanzierungssystem müsse der Ordnungsrahmen der Krankenhausversorgung dieser Entwicklung angepasst werden. Dabei sei auch zu klären, wie der Umstieg zur monistischen Finanzierung gestaltet werden könne (*vgl. BT-Drs. 16/3100, S. 89*).

Warum ein 2007 in Kraft tretendes Gesetz nicht der richtige Ort dafür sein sollte, die nach Ansicht des Gesetzgebers ab 2009 erforderliche Anpassung des Ordnungsrahmens der Krankenhausversorgung vor-

zunehmen, dürfte sich zumindest einem Außenstehenden kaum erschließen – zumal das GKV-WSG eine ganz Reihe von Reformmaßnahmen enthält, die ebenfalls erst 2009 (oder noch später) wirksam werden. Damit sich die betroffenen Akteure rechtzeitig auf veränderte Rahmenbedingungen einstellen können, kann es entsprechende Informationen gar nicht früh genug geben. Der „wahre“ Grund für die Vertagung von Strukturreformen für den Krankenhausbereich ist jedoch auch ein anderer: Es gab und gibt über diese Frage schlicht keinen Konsens zwischen der Bundesregierung und den Ländern – jedenfalls keinen, der über die allgemeine Absichtserklärung hinausreicht, wonach „die neuen ordnungspolitischen Rahmenbedingungen [...] mit dem Ziel formuliert werden, mehr Wettbewerb zu erreichen“ (*Eckpunkte der Sonderkonferenz der Gesundheitsminister vom 08.03.2007*). Und selbst dieses unverbindliche Ziel dürfte inzwischen nicht einmal mehr zum Kanon der gesundheitspolitischen Gemeinsamkeiten zählen, scheinen doch einige Länder die generelle Notwendigkeit von strukturellen und dabei vor allem dezidiert wettbewerbsstärkenden Krankenhausreformen mittlerweile rundweg in Zweifel zu ziehen und Reformbedarf auf die Frage reduzieren zu wollen, wie – wie viel und durch wen – zusätzliche Finanzmittel in die Krankenhausversorgung gesteckt werden können.

Im Ergebnis der anhaltenden Kontroversen zwischen Bundesregierung und Ländern sieht es wenige Monate vor dem Ende der DRG-Konvergenzphase nicht so aus, dass erweiterte Vertragsfreiheiten – etwa in Gestalt individueller Vergütungsverhandlungen zwischen Kassen und Krankenhäusern – ab 2009 eine Rolle spielen könnten. So dürfte es dabei bleiben, dass nach dem Ende der Konvergenzphase – wie bislang vorgesehen – erst einmal wettbewerbswidrig regionale Einheitspreise gelten. Der im August 2008 vom Bundesgesundheitsministerium vorgelegte Referentenentwurf für ein „Gesetz zum ord-

nungspolitischen Rahmen der Krankenhausfinanzierung ab dem Jahr 2009 (Krankenhausfinanzierungsrahmengesetz – KHRG)“ enthält jedenfalls nicht die geringsten Ansätze für irgendwelche vertragswettbewerblichen Öffnungen im Krankenhausbereich.

Dabei herrscht keineswegs ein Mangel an unterschiedlich weitreichenden Wettbewerbskonzepten für den stationären Sektor. Neben den Vorschlägen der Verfasser ist hier insbesondere das von *Leber et al. (2008)* zwischenzeitlich vorgelegte Reformkonzept „Elektiv wird selektiv“ zu nennen, das einen gleitenden Einstieg in das selektive Kontrahieren im Krankenhausbereich ermöglicht, sofern ein Komplettumstieg politisch nicht gewünscht bzw. durchsetzbar ist. Dieses Konzept sieht vor, dass es nicht den Krankenkassen und Krankenhäusern im Wettbewerb überlassen bleibt, selbst zu entscheiden, für welche Krankenhausleistungen sie Selektivverträge schließen wollen (mit unterschiedlich gestaltbaren Bindungswirkungen für die Versicherten der beteiligten Kassen), sondern dass der bestehende Kontrahierungszwang zunächst für einen definierten Katalog „elektiver“ Krankenhausleistungen aufgehoben wird. Für diese Leistungen soll es lediglich Vorgaben hinsichtlich der Mengen geben, die die Kassen für ihre Versicherten kontrahieren müssen. Die Krankenhauswahl der Versicherten wäre bei diesem Reformkonzept im Elektivbereich auf die Vertragshäuser der jeweiligen Kasse begrenzt.

Ein weiteres Reformkonzept für die Ausgestaltung des Ordnungsrahmens der Krankenhausversorgung hat der BKK-Bundesverband vorgelegt (*2007a*). Auch nach diesem Konzept soll die standortbezogene Krankenhausplanung ähnlich wie bei *Leber et al.* durch eine Verpflichtung der Krankenkassen ersetzt werden, Leistungen für bestimmte Erkrankungskomplexe in bestimmten Mengen kontrahieren zu müssen, wobei die Auswahl der Vertragspartner beiderseitig freigestellt ist. Auch dieses Reformkonzept, das mehrere

gestellt ist. Auch dieses Reformkonzept, das mehrere „Rückzugslinien“ enthält, ermöglicht grundsätzlich einen gleitenden Einstieg in vertragswettbewerbliche Steuerungsstrukturen im Krankenhausbereich.

Weithin gemeinsam ist allen Reformvorschlägen, die auf mehr qualitäts- und effizienzsteigernde Wettbewerbsstrukturen im Krankenhausbereich setzen, dass sie einen Übergang zur monistischen Krankenhausfinanzierung vorsehen. Dafür gibt es aus ökonomischer Sicht – unabhängig von der vertragswettbewerblichen Perspektive – gute Gründe, die mittlerweile seit Jahrzehnten vorgetragen werden (*vgl. Robert-Bosch-Stiftung 1987*). Die duale Krankenhausfinanzierung – Finanzierung der Investitionskosten aus Steuermitteln und der laufenden Betriebskosten aus der Leistungsvergütung – führt zu verzerrten Investitionsentscheidungen: Investitionskosten und laufende Betriebskosten lassen sich nicht streng voneinander trennen, weil die Produktionsfaktoren Kapital und Arbeit teilweise substituierbar sind. Deshalb wird in einem betriebswirtschaftlichen Optimierungsprozess simultan über ihren Einsatz entschieden. Dem steht die duale Finanzierung jedoch entgegen, weil dadurch zum einen die Art der Investition wegen der intransparenten Systematik der Antragstellung maßgeblich von außen beeinflusst wird und zum anderen ihr quantitatives Ausmaß nicht dem Krankenhaus überlassen wird.

Aus vertragswettbewerblicher Sicht sprechen weitere Gründe klar für die Monistik. Für die Krankenkassen führt die duale Finanzierung zur einer relativen Verteuerung von ambulanten Leistungen und Reha-Leistungen, weil die Krankenhausleistungen durch die Steuerfinanzierung der Investitionskosten finanziell gefördert werden. Darüber hinaus führt die Subventionierung stationärer Leistungen dazu, dass bei innovativen Vertrags- und Versorgungsformen, die im Krankenhaus

zu weniger Einweisungen und kürzeren Verweildauern führen, die entsprechenden Einsparungen nicht vollständig realisiert werden können. Die hieraus resultierenden verzerrten Anreize bei den Kassen in Bezug auf sektorübergreifende bzw. Krankenhausleistungen substituierende Versorgungsformen würde bei einer monistischen Finanzierung des Krankenhausesektors vermieden.

Auch die in der aktuellen Bund-Länder-Kontroverse zur Zukunft des Ordnungsrahmens der Krankenhausversorgung angebrachten Vorbehalte gegenüber einem Übergang zur monistischen Finanzierung vermögen nicht zu überzeugen (*vgl. dazu auch Felder et al. 2008*):

- Der aufgrund vielfach unzureichender Finanzmittel der Länder entstandene „Investitionsstau“ ist kein Grund gegen, sondern vielmehr für einen möglichst raschen Umstieg in die Monistik, denn Investitionsentscheidungen sind generell zukunftsorientiert;
- das durch unterschiedliche Ausstattungsniveaus der einzelnen Krankenhäuser verursachte Problem ungleicher „Startchancen in die Monistik“ kann durch eine Poollösung gelöst werden (*vgl. bereits Robert-Bosch-Stiftung 1987; Leu et al. 1999*);
- die Berücksichtigung länderspezifischer Aspekte kann – falls erforderlich – auch bei monistischer Finanzierung innerhalb des DRG-Systems erfolgen, zum Beispiel durch Ermittlung landesspezifischer Investitions-Basisfallwerte (*vgl. Bublitz/Augurzky 2007*).

Zum Abschluss dieses Abschnitts bleibt resümierend festzuhalten: Solange die Krankenhausversorgung als der ausgabenstärkste Leistungsbereich der GKV ein wettbewerblicher Ausnahmebereich mit vollständiger Dominanz plan- und kollektivwirtschaftlicher Steuerungsstrukturen bleibt, kann die seitens der Politik proklamierte Wettbewerbsorientierung der GKV nur als Fragment bezeichnet wer-

den. Deshalb sollten auch in diesem Sektor möglichst bald Optionen zum selektiven Kontrahieren geschaffen werden. Dabei wird man aller Voraussicht nach davon ausgehen müssen, dass Kollektiv- und Selektivverträge eine ganze Weile nebeneinander existieren werden. Dies muss bei einem Einstiegsmodell berücksichtigt werden, wozu mittlerweile einige unterschiedliche Ansätze vorliegen. Diese gehen in der Regel – zu Recht – auch davon aus, dass der Einstieg in das selektive Kontrahieren im Krankenhausbereich durch einen Übergang zur monistischen Krankenhausfinanzierung ergänzt werden sollte.

5 Arzneimittelversorgung: weiterhin kein schlüssiges Steuerungskonzept

Vertragswettbewerblich relevante Neuerungen im GKV-WSG betreffen zum einen die Funktionalisierung der schon seit dem Jahr 2003 möglichen Rabattverträge zwischen Arzneimittelherstellern und Krankenkassen oder Kassenverbänden (§ 130a Abs. 8 SGB V), zum anderen die Einführung von Erstattungshöchstbeträgen in Verbindung mit Kosten-Nutzen-Bewertungen bei Arzneimitteln, die nicht der Festbetragsregelung unterliegen (§ 31 Abs. 2a SGB V). Dies sind weitere gesetzgeberische Schritte, um einerseits den Preiswettbewerb der Hersteller unterhalb der seit 1989 geltenden Festbeträge (§§ 35 und 35a SGB V) zu verschärfen und andererseits die Arzneimittel, die keiner Festbetragsregelung unterliegen und für die bisher auch keine Preisregulierung bestand, einer zentralen Erstattungsregelung zu unterwerfen. Primäres Ziel ist dabei jedoch nicht, die GKV-Arzneimittelversorgung durchgängig wettbewerblich zu steuern, sondern den in den vergangenen Jahren zu beobachtenden Anstieg der Arzneimittelausgaben zu bremsen. Dies zeigt sich nicht zuletzt auch darin, dass der Gesetzgeber auf die dringlich gebotene und im Gesetzentwurf ursprünglich vorgesehene vertragswettbewerbliche Flexibilisierung des nach wie vor einheitlichen Apothekenabgabepreises auf der Vertriebsstufe verzichtet hat (§ 130 Abs. 1 Satz 1 SGB V – Entwurf; *Orlowski/Wasem 2007, S. 139 f*) und demnach nicht gewillt zu sein scheint, Preiswettbewerb für Apothekendienstleistungen bei erstattungsfähigen Arzneimitteln zuzulassen.

5.1 Rabattverträge

Bis zur Neuordnung durch das GKV-WSG konnten bereits Krankenkassen oder ihre Verbände Arzneimittelrabatte mit den pharmazeutischen Unternehmen individualvertraglich vereinbaren, die den Krankenkassen zu vergüten sind (§ 130a Abs. 8 SGB V). Auch konnten bereits Leistungserbringer oder Dritte am Abschluss von Rabattverträgen beteiligt oder diese mit dem Abschluss beauftragt werden. Da die Kassen und ihre Verbände jedoch keine Möglichkeit hatten, weder ihre Versicherten noch die verordnenden Ärzte und abgebenden Apotheken auf die rabattierten Arzneimittel zu verpflichten und dadurch den Arzneimittelherstellern eine gewisse Exklusivität zu garantieren, sind Rabattverträge außerhalb der integrierten Versorgung kaum zustande gekommen. Um diesen Mangel zu beheben und das Instrument der selektivvertraglichen Rabattverträge „scharf zu stellen“, sind die Apotheken seit dem 1. April 2007 nach § 129 Abs. 1 SGB V verpflichtet, bei wirkstoffgleichen Arzneimitteln grundsätzlich nur solche Präparate zu Lasten einer Kasse abzugeben, für die eine Rabattvereinbarung gemäß § 130a Abs. 8 SGB V besteht. Schließt der verordnende Arzt die Substitution (aut idem) nicht ausdrücklich aus, was bei Generika de facto nur selten vorkommt, muss die Apotheke die von der Kasse ausgewiesenen „Rabattarzneimittel“ abgeben. Dabei hat sie die freie Wahl zwischen den Präparaten verschiedener Hersteller, soweit diese Rabattvereinbarungen mit der betreffenden Kasse geschlossen haben. Bestehen keine Vereinbarungen, ist die Apotheke wie bisher gehalten, eines der drei preisgünstigsten Arzneimittel abzugeben, sofern der Arzt die Substitution nicht ausgeschlossen hat.

Diese „Scharfstellung“ hat nach relativ kurzer Zeit den selektivvertraglichen Rabattverträgen auf dem Generikamarkt zum Durchbruch verholfen. Schon Anfang 2008 hatten 93 Hersteller mit 185 Kassen

für knapp 25.000 Handelsformen Preisabschläge vereinbart (*Bundesregierung 2008, S. 3*). Damit haben die Rabattarzneimittel bereits einen Verordnungsanteil von mehr als 25 Prozent am gesamten und 36 Prozent am generikafähigen GKV-Markt erreicht. Offenbar ist das Interesse der Kassen an Einsparungen bei den Arzneimittelausgaben und einer Profilierung mit einer kassenindividuellen Liste von Rabattarzneimitteln einerseits und das der pharmazeutischen Unternehmer an der Sicherung und dem Ausbau ihrer Marktstellung andererseits so groß, dass ein regelrechter Wettlauf um entsprechende Vereinbarungen eingesetzt hat. Dabei verfolgen die verschiedenen Krankenkassen und Arzneimittelhersteller recht unterschiedliche Strategien: Das AOK-System z. B. bevorzugt „Wirkstoffverträge“ und hat unter der Federführung der AOK Baden-Württemberg für die Jahre 2008 und 2009 Lose für 83 Wirkstoffe ausgeschrieben, die wegen anhängiger Gerichtsverfahren zum Ausschreibungsverfahren aber nur für 22 Wirkstoffe von 30 Herstellern zugeschlagen werden konnten. Deshalb ist im August 2008 für die Jahre 2009 und 2010 eine erneute, nunmehr europaweite und nach fünf Gebietslosen differenzierte Ausschreibung für weitere 64 Wirkstoffe erfolgt. Andere Kassen, darunter Betriebskrankenkassen, Knappschaft und einige Ersatzkassen (z. B. Barmer, DAK, HEK und HMK) vereinbaren vorzugsweise „Portfolioverträge“ über das vollständige Arzneimittelsortiment eines pharmazeutischen Unternehmers und verzichten dabei auf ein öffentliches Ausschreibungsverfahren. Vereinzelt wird auch mit „Risk-sharing-Verträgen“ experimentiert, die eine Rückzahlungsgarantie bei Verfehlen des Therapieziels vorsehen. Ebenso vielfältig wie die Vertragstypen sind die vereinbarten Rabattformen: Grund- oder Steigerungsrabatte auf den Umsatz, Staffelrabatte nach Umsatz- oder Absatzmargen, Fixbeträge für jede abgerechnete Verordnung oder Schwellenpreisabschläge, Pauschalbeträge usw. Der Wettbewerb wirkt insoweit lehrbuchgemäß als „Entdeckungsverfahren“ und wird nach

der chaotisch anmutenden Startphase zeigen, welche Vertragstypen und Rabattformen sich letztlich am Markt durchsetzen. In jedem Fall scheint der Grad der Exklusivität der Versorgung, der den Arzneimittelherstellern durch die Kassen in Aussicht gestellt wird, groß genug zu sein, um sich dem verschärften Preis- bzw. Rabattwettbewerb im Generikamarkt zu stellen.

Was somit auf den ersten Blick als gelungener Einstieg in die vertragswettbewerbliche Steuerung der GKV-Arzneimittelversorgung aussieht, erweist sich jedoch bei näherem Hinsehen in mehrfacher Hinsicht als fragwürdige Weichenstellung. Wie in anderen Leistungsbereichen auch, mangelt es nach wie vor an einer adäquaten Gestaltung der institutionellen Rahmenbedingungen für den Vertragswettbewerb in der Arzneimittelversorgung. Daraus erwachsen aber beträchtliche funktionelle „Risiken und Nebenwirkungen“ mit der Gefahr, dass das an sich richtige und von verschiedenen Gesundheitsökonomen im Vorfeld des GKV-WSG vertretene Konzept kassenindividueller Preis- bzw. Rabattvereinbarungen (*Cassel/Wille 2006; Greß/Niebuhr/Wasem 2006; Klauber/Schleert 2006*) als vertragswettbewerbliche Reformoption diskreditiert wird. Sieht man einmal von den anfänglichen Orientierungsschwierigkeiten und juristischen Stolpersteinen auf dem Weg zur „Vertragsmündigkeit“ aller Beteiligten ab, sind noch zahlreiche Aspekte kritisch zu diskutieren. Sie geben gegebenenfalls zu einer neuerlichen reformpolitischen Adjustierung der Arzneimittelmarktregulierung Anlass.

Die seit dem Arzneimittelausgaben-Begrenzungs-gesetz (AABG) von 2002 zulässigen und mit dem GKV-WSG von 2007 wirksam gemachten Rabattverträge sind kein genuiner Einstieg in die vertragswettbewerbliche Steuerung der GKV-Arzneimittelversorgung, sondern ein „Desiderat“ der Festbetragsregelung nach §§ 35 und 35a SGB V. Von

Anfang an war wettbewerbstheoretisch klar, dass die vermuteten und faktisch wohl auch vorhandenen Preissenkungsspielräume durch Festbeträge allein nicht würden ausgeschöpft werden können, weil für die preisliche Unterbietung der Festbeträge kaum Anreiz besteht (*Vogelbruch 1992; Schumacher/Greiner 2008, S. 62 ff.*). Hieran haben auch wiederholte Absenkungen der Festbeträge und die mit dem AVWG von 2006 erfolgte Einbeziehung der Generika in die Zwangs-rabattierung (§ 130a Abs. 3b SGB V) naturgemäß nichts ändern können. Obwohl gelegentlich einzelne Hersteller die Festbeträge – mitunter deutlich – unterboten hatten (*Augurzky et al. 2006*), hielt es der Gesetzgeber für geboten, durch eine zusätzliche Regelung den Preiswettbewerb unterhalb der Festbeträge zu intensivieren: So sind seit dem AVWG Arzneimittel, deren Preis mindestens um 30 Prozent unterhalb des Festbetrags liegt, von der Zuzahlung befreit (§ 31 Abs. 3 SGB V), wodurch sich die pharmazeutischen Unternehmer bei entsprechenden Preissenkungen Marktanteilsgewinne erhoffen konnten.

Diese Regelung hat zwar gemessen an der Zahl der inzwischen zuzahlungsfrei gewordenen Präparate eine beachtliche Breitenwirkung erreicht (*BKK-Bundesverband 2007b, S. 17 ff.*), ist aber als administrative Intervention in den Preisbildungsprozess ordnungspolitisch nicht unbedenklich. Jedenfalls wird die ursprünglich offene Flanke der Festbetragsregelung durch das scharf gestellte Instrument der Rabattverträge nun auf eine Weise geschlossen, die zumindest auf dem Generikamarkt bzw. in der Festbetragsstufe 1 durchgängig einen effizienten Preis- bzw. Rabattwettbewerb entstehen lässt, der das vielfach als zu hoch empfundene Generikapreisniveau ordnungswirtschaftlich einwandfrei abzusenken verspricht. Deshalb wären in diesem Marktsegment Preisstopps, Zwangsrabatte und Importquoten, die klar im Widerspruch zur Wettbewerbspreisbildung stehen, entbehrlich –

wie auch die Zuzahlungsbefreiung nach § 31 Abs. 3 SGB V entfallen könnte. Stattdessen hat der Gesetzgeber daran unverändert festgehalten und die Rabattverträge als Add-on-Instrument wirksam gemacht. Es wird sich zeigen, dass der bereits bestehende dysfunktionale „Steuerungswirrwarr“ in der GKV-Arzneimittelversorgung dadurch noch weiter zunimmt.

Als Desiderat der Festbetragsregelung sind die Rabattverträge zugleich eine vertragswettbewerbliche „Insellösung“, erfolgt doch ihre Scharfstellung durch die Substitutionsverpflichtung der Apotheken nach § 129 SGB V nur für das Segment der wirkstoffgleichen Arzneimittel. Eine Substitution verordneter Arzneimittel in der Apotheke, die in der Regel ohne Kenntnis des Arztes erfolgt, lässt sich im Interesse der Wahrung der Therapiehoheit des behandelnden Arztes und der Compliance der betroffenen Patienten nämlich nur dann einigermaßen rechtfertigen, wenn ein Arzneimittel abgegeben wird, „... das mit dem verordneten in Wirkstärke und Packungsgröße identisch sowie für den gleichen Indikationsbereich zugelassen ist und ferner die gleiche oder eine austauschbare Darreichungsform besitzt“ (§ 129 Abs. 1 SGB V). Diese Beschränkung der Substitution ist zwar sachlich geboten, verhindert aber die apothekenseitige Scharfstellung der Rabattverträge für die beiden anderen Festbetragsstufen nach § 35 Abs. 1 SGB V, die Arzneimittel mit nur pharmakologisch-therapeutisch vergleichbaren Wirkstoffen (Stufe 2) oder mit therapeutisch vergleichbarer Wirkung (Stufe 3) enthalten. Da hierauf das Substitutionsgebot der Apotheken im Interesse einer effektiven, vom behandelnden Arzt zu verantwortenden Arzneimitteltherapie nicht anwendbar ist, wird es auch weiterhin so gut wie keine wirkstoffbezogenen Rabattvereinbarungen in diesem Marktsegment geben. Ob und inwieweit Portfolioverträge zustande kommen, die auch Arzneimittel aus den Festbetragsstufen 2 und 3 umfassen und noch dazu Marktbe-

deutung erlangen, wird sich noch zeigen müssen. Bis dato entfallen jedenfalls 98 Prozent aller Rabattvereinbarungen bei festbetragsgebundenen Arzneimitteln auf Generika (*Bundesregierung 2008, S. 6*). So oder so bleibt festzuhalten, dass die vom Gesetzgeber gewählte Scharfstellung der Rabattverträge über die Substitution in der Apotheke eine nicht generell anwendbare, weil generikaspezifische Lösung ist.

5.2 Einbezug von Patienten und Ärzten

Um dieses Manko zu beheben und das Instrument der Rabattvereinbarung auch in allen anderen Segmenten des Arzneimittelmarktes wirksamer zu gestalten, sieht das GKV-WSG zwei weitere Neuregelungen vor, mit denen auch Ärzte und Patienten verhaltenssteuernd einbezogen werden sollen. So können Kassen nach § 31 Abs. 3 Satz 5 SGB V die Zuzahlung ihrer Versicherten bei Rabattarzneimitteln halbieren oder ganz darauf verzichten, wenn hieraus Einsparungen zu erwarten sind. Wieso dies im Falle nicht wirkstoffgleicher Medikamente bei den Patienten einen Anreiz zur besonderen Inanspruchnahme der rabattierten Präparate schaffen und damit den Abschluss von Rabattverträgen beflügeln sollte, bleibt indes fraglich: Schließlich sind nicht wirkstoffgleiche Arzneimittel keine Brotsorten, zwischen denen man nach Preiswürdigkeit frei wählen könnte, leiden Patienten außer an ihrer Krankheit auch an der vielzitierten „Informationsasymmetrie“ und fehlen ihnen insbesondere Kenntnisse darüber, welche der therapiegeeigneten Arzneimittel in ihrem Falle substituierbar und rabattiert sind. Es ist deshalb kaum ersichtlich wie diese Regelung Anreizwirkungen bei Arzneimittelherstellern zum Abschluss von Rabattverträgen für andere als wirkstoffgleiche Präparate haben sollte. In diesem Fall am Patienten anzusetzen, ist auch deshalb ein frag-

würdiger Weg, weil die Rabatte nach dem Willen des Gesetzgebers (§ 130a Abs. 8 Satz 3 SGB V) an die Krankenkasse zu vergüten sind, d. h. Beitragssatz senkend der Versicherungsgemeinschaft und nicht Geld sparend dem einzelnen Patienten zugute kommen sollten. Hinzu kommt, dass der Verzicht auf Zuzahlungen bei Rabattarzneimitteln als „Kann-Bestimmung“ mit „Staffel-Option“ der Kassen ergänzend zu den ohnehin schon nach §§ 31 und 62 SGB V bestehenden Zuzahlungsbefreiungen die Markttransparenz bei Preisen und Leistungen der Kassen weiter verringern und damit die Wettbewerbsintensität auf dem Versicherungsmarkt einmal mehr beeinträchtigen dürfte.

Erscheint es somit nicht sinnvoll, die Patienten in der jetzt praktizierten Weise zur Scharfstellung der Rabattverträge zu instrumentalisieren, könnte bei Einbeziehung der verordnenden Vertragsärzte das Gegenteil der Fall sein. So hat das GKV-WSG die Vorgaben des AABG von 2002 zur Verwendung von Praxissoftware dahingehend ergänzt, dass die Vertragsärzte zur Verordnung von Arzneimitteln nur solche elektronischen Programme nutzen dürfen, die Informationen über das Vorliegen von Rabattverträgen der einzelnen Kassen enthalten (§ 72 Abs. 8 SGB V). Damit besteht zwar die informationelle Voraussetzung zur ärztlichen Identifikation der Rabattarzneimittel einer Kasse, aber noch keine Verpflichtung des Vertragsarztes, diese auch ausschließlich oder zumindest prioritär zu verschreiben. Statt nun den Arzt per Gesetz zu verpflichten, Rabattarzneimittel zu verordnen, wann immer dies medizinisch-therapeutisch vertretbar ist, geht das WSG den unverbindlichen und daher nur eingeschränkt wirksamen Weg der materiellen und immateriellen Anreize: So unterliegen Vertragsärzte insoweit nicht mehr der Wirtschaftlichkeitsprüfung, wie sie rabattierte Arzneimittel verordnen und den entsprechenden Rabattvereinbarungen beigetreten sind (§ 106 Abs. 2 SGB V). Außerdem sind sie bei der Verordnung von Rabattarzneimitteln von der Einhal-

tung von Richtgrößenvereinbarungen entbunden (§ 84 Abs. 4a SGB V) und können in den Rabattverträgen Boni vereinbaren, ohne gegen das ärztliche Berufsrecht zu verstoßen. Überdies haben KBV und Kassen entschieden, die seit dem AVWG von 2006 geltende Malus-Regelung (§ 84 Abs. 7a SGB V) ab 2008 auszusetzen, weil durch die kassenindividuell vereinbarten und öffentlich nicht bekannten Rabatte die tatsächlichen Arzneimittelausgaben zur Berechnung arzt-individueller Regresse nicht mehr feststellbar sind.

Dreh- und Angelpunkt der Instrumentalisierung des Arztes zur Scharfstellung der Rabattverträge ist somit sein freiwilliger Beitritt zu den selektivvertraglichen Vereinbarungen. Obwohl diese Option formal seit Anfang 2008 besteht, ist rechtlich noch völlig ungeklärt, wie die Vertragsärzte in die Rabattvereinbarungen einbezogen werden können, handelt es sich dabei doch um zweiseitige privatwirtschaftliche Verträge zwischen Kasse und Hersteller, bei denen der Krankenkasse gar keine Hauptleistungspflichten unterliegen (*Brixius/Esch 2007, S. 60*). Sicherlich ist es vertretbar – und im Interesse des Patienten an einer im konkreten Fall effektiven Arzneimitteltherapie auch wünschenswert –, den Arzt von Wirtschaftlichkeitsabwägungen bei der Auswahl der medizinisch-therapeutisch geeignetsten Medikamente zu entbinden, sofern die Kosteneffektivität der Arzneimittel durch die Kassen sichergestellt wäre. Dazu bedürfte es jedoch nicht des fragwürdigen Beitritts zu den Rabattvereinbarungen, die zudem gemäß § 106 Abs. 2 Satz 9 SGB V die Wirtschaftlichkeitsprüfung des ärztlichen Ordnungsverhaltens durch die Hintertür kassenindividueller Verpflichtungen des Arztes wieder einführen, sondern einer selektivvertraglichen Lösung, bei der die Krankenkassen generell kassenindividuelle Arzneimittelpositivlisten durch die Auswahl vergleichbarer rabattierter Medikamente bilden dürften und die Vertragsärzte rechtlich verpflichtet wären, sich bei ihren Verordnungen

grundsätzlich daran zu halten. Eine konzeptionell saubere, hinsichtlich der Vielzahl unterschiedlichster Rabattverträge praktikable und bezüglich der möglichen Bonuszahlungen ethisch einwandfreie Lösung ist die im GKV-WSG angelegte Einbindung der Ärzte in die rabattvertragliche Steuerung der Arzneimittelversorgung jedenfalls nicht.

5.3 Erstattungshöchstbeiträge

Die zweite Neuregelung des § 31 SGB V betrifft die Einführung von Erstattungshöchstbeiträgen für Arzneimittel, die keiner Festbetragsgruppe zugeordnet sind (Abs. 2a). Hierbei handelt es sich in der Regel um patentierte Arzneimittel mit neuartiger Wirkungsweise oder therapeutischer Verbesserung, die bislang mit dem vollen Herstellerabgabepreis erstattet wurden. Künftig setzt der neue GKV-Spitzenverband dafür Höchstbeträge fest, bis zu dem die Kassen die Kosten tragen. Grundlage dafür soll eine Kosten-Nutzen-Bewertung sein, mit der das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) zu beauftragen ist (§§ 31 Abs. 2a und 35b SGB V). Aus gesundheitsökonomischer Sicht ist es uneingeschränkt zu begrüßen, wenn Arzneimittel nicht allein nach ihrem Nutzen, sondern auch nach ihrer „Kosteneffektivität“ bewertet werden. Aus vertragswettbewerblicher Perspektive ist jedoch fragwürdig, diese Aufgabe einem „Bewertungsmonopolisten“ wie dem IQWiG zu übertragen und aufgrund seines alleinigen Urteils Erstattungshöchstbeträge zentral festzusetzen. Ein vertragswettbewerbliches Konzept mit kassenindividuellen Positivlisten würde auch hier auf Dezentralität setzen und durch geeignete Rahmenbedingungen sicherstellen, dass die Kosten-Nutzen-Bewertung wie die Preisfindung den Akteuren auf der Mikroebene überlassen werden kann (*vgl. Cassel/Wille 2006, S. 422*).

Zusammenfassend lässt sich konstatieren, dass das GKV-WSG mit der zuletzt beschriebenen Einführung von Erstattungshöchstbeträgen für festbetragsfreie Arzneimittel den pharmazeutischen Unternehmen die letzte Möglichkeit zur freien Preisbildung auf dem GKV-Arzneimittelmarkt genommen hat: Dieser unterliegt – wenn auch wegen der Engpässe beim IQWiG möglicherweise um Jahre verzögert – nun vollständig einer indirekten Preisregulierung durch nachfrageseitig fixierte Fest- bzw. Höchstbeträge, mit denen die Abgabe von Originalpräparaten, Analoga und Generika gleichermaßen erstattet werden. Zwar sind die pharmazeutischen Unternehmen nach wie vor frei, ihre Preise oberhalb dieser Erstattungsgrenzen festzusetzen, doch löst dies Zahlungen der Patienten und damit je nach medizinisch-therapeutischer Substituierbarkeit der Präparate einen mehr oder weniger intensiven Preiswettbewerb mit den Erstattungsbeträgen als „Auffanglinie“ aus. Soweit es sich um Festbetragsarzneimittel handelt, kommt nun noch ein verschärfter Rabattwettbewerb hinzu, der die effektiven Preise unter die Festbeträge drückt und „reformpolitisch“ dazu motiviert, die Festbeträge selbst spiralförmig weiter abzusenken. Ob und inwieweit qualitativ hochwertige und vor allem innovative Arzneimittel unter diesen Umständen in Deutschland noch hinreichend honoriert werden, und wie insbesondere die forschende Arzneimittelinindustrie am Standort Deutschland strategisch darauf reagiert, bleibt abzuwarten.

5.4 Reformperspektive: konsistenter Ordnungsrahmen

Schon jetzt lässt sich vorhersagen, dass das mit dem GKV-WSG geschaffene Mischsystem aus zentral-administrativen Preisinterventionen und begrenzter Wettbewerbspreisbildung nur eine Übergangs-

lösung sein wird; denn als nahezu lupenreines „Kostendämpfungsregime“ birgt es beträchtliche gesundheits-, industrie- und sozio-ökonomische Risiken, denen über kurz oder lang reformpolitisch begegnet werden muss. Wohin die Reise dann gehen könnte, zeichnet sich in Konturen schon jetzt ab: Das Festbetragsystem verliert immer mehr an Bedeutung, Selektivverträge zwischen Kassen und pharmazeutischen Unternehmen bestimmen zunehmend die Regelversorgung, Wirkstoff- und Portfolioverträge ermöglichen die Zusammenstellung kassenindividueller Arzneimittellisten, über die Kosteneffektivität der Medikamente wird in den Rabattvereinbarungen mit entschieden, und der Arzt wird mehr und mehr aus der wirtschaftlichen Verantwortung für sein Ordnungsverhalten entlassen. Diese Einschätzung wird auch von einer wachsenden Zahl von Akteuren aus dem Kassen- (z. B. *Großmann 2007, S. 448; Hermann 2007, S. 5*) und Pharmalager geteilt (z. B. *Marx 2007, S. 124; Schmidt 2007, S. 619*). Nun kommt es darauf an, dieser klar erkennbaren Tendenz zur selektivvertraglichen Steuerung der GKV-Arzneimittelversorgung mit der nächsten GKV-Reform einen adäquaten ordnungsökonomischen Rahmen zu geben.

Zu einem solchen Rahmen gehört nicht zuletzt auch die Schaffung konsistenter wettbewerbs- und vergaberechtlicher Rahmenbedingungen. Zwar haben sich deren bestehende Unzulänglichkeiten im Verlauf der vergangenen Monate insbesondere im Kontext der Arzneimittel-Rabattverträge offenbart, doch stellt sich dieses Reformfordernis über diesen Leistungsbereich hinaus generell für die zukunftsfähige Ausgestaltung einer „wettbewerbsgestärkten“ GKV und wird deshalb im Rahmen dieses Beitrags gesondert in *Kapitel 7 „Anwendung wettbewerbsrechtlicher Regelungen in der GKV“* behandelt.

6 Hilfsmittel: erfolgreicher Übergang zu vertragswettbewerblicher Steuerung

Die Versorgung mit Hilfsmitteln wurde durch das GKV-WSG in umfassender Weise in ein selektivvertragliches Steuerungssystem transferiert. Bis zum 01.04.2007 basierte die Hilfsmittelversorgung auf Kollektivverträgen, in denen alle Details der Versorgung, Preise und Abrechnungswege festgelegt waren. Jetzt gilt mit einer Übergangsfrist bis zum 31.12.2008, dass Leistungserbringer nunmehr über Einzelverträge an der Versorgung der Versicherten mit Hilfsmitteln teilnehmen. Dazu sollen die Krankenkassen die benötigten Versorgungsleistungen ausschreiben und können dann auf der Grundlage der eingegangenen Angebote Leistungserbringer auswählen, mit denen sie Verträge schließen (§ 127 Abs. 1 SGB V). Es gilt das nationale bzw. – bei Überschreiten des aktuell relevanten EU-Schwellenwerts – das europäische Vergaberecht. Die Leistungserbringer haben keinen Anspruch auf einen solchen Vertrag, wohl aber sind sie vor Diskriminierung und sonstigem wettbewerbswidrigen Verhalten durch §§ 19–21 GWB geschützt.

Diese Regelung erfährt eine gesetzliche Einschränkung für solche Hilfsmittel, die für die Versicherten individuell angefertigt werden müssen oder einen hohen Dienstleistungsanteil aufweisen, denn dafür sind nach § 127 Abs. 1 S. 4 SGB V Ausschreibungen in der Regel nicht zweckmäßig. In diesen Fällen werden Verträge nach § 127 Abs. 2 SGB V geschlossen. Dazu findet keine Ausschreibung statt,

aber die Kassen müssen ihre Absicht, Verträge über die Versorgung mit bestimmten Hilfsmitteln zu schließen, in geeigneter Weise öffentlich bekannt machen. Auch bei diesen Verträgen besteht kein Anspruch der Leistungserbringer auf einen Vertragsabschluss, aber ebenso wie bei den Ausschreibungsverträgen sind die Leistungserbringer durch §§ 19–21 GWB vor Diskriminierung geschützt.⁶

„Rund“, weil in Bezug auf alle relevanten Voraussetzungen für funktionsfähigen Vertragswettbewerb vollständig, wird der Übergang in ein selektivvertragliches System der Hilfsmittelversorgung dadurch, dass künftig nicht nur Selektivverträge zwischen Kassen und Leistungserbringern geschlossen werden, sondern dass auch die Leistungsansprüche der Versicherten korrespondierend dazu geändert wurden. Versicherte können ihre Hilfsmittel grundsätzlich nur noch von Vertragspartnern ihrer Krankenkasse beanspruchen. Durch diese Bindung der Versicherten an Vertragslieferanten ihrer Kasse dürfte sich der Verhandlungsspielraum für Preisabschläge von Hilfsmittelanbietern spürbar erhöhen, weil die Kassen den Hilfsmittelanbietern im Gegenzug für Rabatte nunmehr auch bestimmte Absatzmengen zusichern können.

⁶ Darüber hinaus besteht noch die Möglichkeit zu besonderen Einzelvereinbarungen zwischen Kassen und Leistungserbringern (§ 127 Abs. 3 SGB V), soweit keine Einzelverträge nach Ausschreibung oder Auswahl bestehen.

7 Anwendung wettbewerbsrechtlicher Regelungen in der GKV

Im Gutachten von 2006 hatten die Verfasser empfohlen zu prüfen, inwieweit zentrale Grundsätze des Wettbewerbsrechts – insbesondere das Verbot des Missbrauchs marktbeherrschender Stellungen – im SGB V normiert werden sollten (siehe in der Zusammenfassung unter Nr. 6). Dies sei deshalb angebracht, weil § 69 SGB V in der seinerzeit geltenden Fassung generell das Wettbewerbsrecht im GKV-Leistungserbringungsverhältnis ausschlosse, im selektivvertraglichen Bereich aber durchaus vorstellbar sei, dass (regional) marktbeherrschende Akteure ihre Stellung missbrauchten. Der Gesetzgeber des GKV-WSG hat insofern einen entsprechenden Schritt getan, als er im neuen § 69 Satz 2 SGB V die entsprechende Anwendbarkeit der §§ 19–21 GWB normiert hat, soweit es nicht um kollektivvertragliche Leistungsbeziehungen mit Schiedsamtsklausel geht. Für den Anwendungsbereich dieser neuen Vorschrift – das ist genau der Bereich selektivvertraglicher Optionen – ist damit geklärt, dass die materiellen Pflichten für marktbeherrschende Unternehmen, aber auch darüber hinausgehende Pflichten wie das Boykottverbot und Verbote wettbewerbsbeschränkenden Verhaltens gelten. Ebenfalls gelten die Konkretisierungen der Begriffe „marktbeherrschend“ und „Missbrauch“. Umgekehrt bleibt es beim öffentlich-rechtlichen Charakter auch der selektivvertraglichen Leistungsbeziehungen und sind sonstige Bestimmungen des GWB einschließlich der Vorschriften über die Kartellbehörden, deren Verfahren und die gerichtlichen Verfahren weiterhin nicht anwendbar. Die Kontrolle der Kassen und ihrer Verbände oder jeweiliger Zusammenschlüsse im Hinblick auf die Einhaltung der

Pflichten aus § 69 Satz 2 SGB V liegt bei der jeweiligen Rechtsaufsicht und gegebenenfalls bei den Gerichten der Sozialgerichtsbarkeit.

Die Würdigung dieser nur punktuellen und nur analogen Geltungsanordnung für das allgemeine Wettbewerbsrecht wirft Grundsatzfragen im Hinblick auf das Konzept der wettbewerblichen Orientierung der GKV auf. Dabei geht es weniger um den Vertragswettbewerb als solchen, also den Wettbewerb zwischen Leistungserbringern um selektive Verträge mit Kassen und umgekehrt, als um den Wettbewerb der Krankenkassen untereinander. Hierzu gibt es zwei grundsätzlich unterschiedliche Sichtweisen im Hinblick auf die künftige Rolle der Krankenkassen: als mehr oder weniger „normale“ Unternehmen der Gesundheitswirtschaft oder als Träger der mittelbaren Staatsverwaltung. Wie im Folgenden dargestellt, ergeben sich hieraus jeweils unterschiedliche Konsequenzen für die Anwendung wettbewerbsrechtlicher Regelungen sowie – wie anschließend ebenfalls kurz betrachtet – für die Anwendung von Vergaberecht. Grundsätzlich können beide Sichtweisen mit guten Gründen vertreten werden – dies ist auch innerhalb der Gruppe der Verfasser der Fall; sie können aber nicht gleichzeitig praktiziert werden. Deshalb bedarf der derzeitige „Schwebezustand“ in jedem Fall einer eindeutigen und konsistenten Klärung durch den Gesetzgeber.

7.1 Die Sichtweise von Krankenkassen als Unternehmen

Wer den Kassenwettbewerb um Mitglieder – zusammen mit dem sich entwickelnden Vertragswettbewerb – als Einstieg in ein privatwirtschaftliches Modell von Gesundheitswirtschaft auch unter Einschluss der sozialen Versicherer versteht, sieht die Kassen als Unternehmen,

deren öffentlich-rechtlicher Charakter nicht mehr wirklich relevant ist und deren Funktion im Prinzip auch von privaten Versicherern wahrgenommen werden könnte – selbstverständlich dann regulativ stark gebunden im Rahmen eines Systems mit Kontrahierungszwang, Risikostrukturausgleich und weiteren Gestaltungselementen, die die Realisierung von Solidarzielen und gesundheitspolitischen Leitvorstellungen sichern. Zwar ist es in dieser Perspektive nicht zwingend erforderlich, die gesetzlichen Krankenkassen zu privatisieren – wie in den Niederlanden durch die Gesundheitsreform von 2006 geschehen –, doch wäre eine Umwandlung in Versicherungsvereine auf Gegenseitigkeit zumindest auch eine denkbare Gestaltungsoption; zumindest wäre es vorstellbar, in einem einheitlichen Versicherungssystem unter einheitlichen rechtlichen Rahmenbedingungen Versicherungen in unterschiedlicher Rechtsform untereinander in Wettbewerb treten zu lassen.

In dieser Sicht des Kassenwettbewerbs ist das derzeit nur rudimentäre, über § 69 SGB V vermittelte Wettbewerbsrecht ersichtlich unzureichend. Insbesondere muss kritisch hinterfragt werden, ob den Krankenkassen durch § 69 SGB V nicht Verhaltensweisen erlaubt werden, die bei Anwendung von Wettbewerbsrecht im Interesse der Sicherung des Wettbewerbs verboten wären. So besteht etwa die Gefahr, dass Krankenkassen im Kontext von Selektivverträgen Absprachen treffen könnten, die ohne § 69 SGB V unzulässig wären. Zwar könnten solche Absprachen aufgrund der unbegrenzten Ausübung nachfrageseitiger Marktmacht kurzfristig zu einer Senkung der Preise führen, doch stünden dieser auf den ersten Blick positiven Entwicklung zugleich eine Mehrzahl negativer Auswirkungen gegenüber. Krankenkassen, die sich noch nicht zusammengeschlossen hätten, könnten sich unter dem Druck der anderen Kassen gezwungen sehen, sich ebenfalls zusammenzuschließen. Dadurch würden zumindest auf der Nachfrage-

seite Oligopolstrukturen entstehen. In der Folge könnte es aber auch auf der Anbieterseite zu Konzentrationsprozessen kommen. Falls nämlich nur wenige Anbieter beim Abschluss von Verträgen mit Kassen-Oligopolen berücksichtigt würden, hätten die übrigen Anbieter kaum noch die Möglichkeit, ihre Produkte auf dem Markt abzusetzen. Dadurch würde sich perspektivisch auch die Anbieterseite konzentrieren, was in jedem Fall negative Folgen für den Preis- und vermutlich auch für den Qualitätswettbewerb zwischen den Anbietern haben dürfte. Die kurzfristig gesunkenen Preise würden wieder steigen, so dass letztlich im Ergebnis kurzfristige Kostenvorteile mit längerfristig kostentreibenden Strukturnachteilen erkaufte worden wären.

Weiterhin ist zu beachten, dass § 69 SGB V auf das gesamte vertikale Verhältnis zwischen Leistungserbringern und Krankenkassen anwendbar ist. Damit sind aber nicht nur Absprachen zwischen den Kassen, sondern auch zwischen Leistungserbringern von § 69 SGB V umfasst und fallen nicht in den Anwendungsbereich von Wettbewerbsrecht. Auch hieraus können sich gravierende Negativwirkungen für die wettbewerbliche Zukunft der GKV und deren Steuerungspotenziale im Hinblick auf die Verbesserung von Wirtschaftlichkeit und Qualität der Gesundheitsversorgung ergeben.

Diese Überlegungen führen zu der Schlussfolgerung, dass das für die sonstige private Wirtschaft geltende Wettbewerbsrecht – jenseits des Bereichs der gerade auch in wettbewerblicher Sicht in ihrer Bedeutung deutlich zu begrenzenden Kollektivverträge – ebenso für die Krankenkassen wie für andere Unternehmen der Gesundheitswirtschaft gelten muss. Rechtstechnisch ist dies einfach zu bewältigen. § 69 SGB V in der heutigen Fassung, der historisch gerade eine gesetzgeberische Barriere gegen Versuche einer solchen Orientierung durch die Rechtsprechung von Zivilgerichten war, müsste gestrichen

werden. Klarstellend könnte sogar im Gegensatz zur heutigen Regelung bestimmt werden, dass die Selektivverträge von Kassen zum Privatrechtsverkehr gehören. Damit wäre geklärt, dass sowohl das Wettbewerbsmissbrauchsrecht (GWB) als auch des Wettbewerbslauterkeitsrecht (UWG) unmittelbar für die Kassen gälte und die Rechtskontrolle insoweit bei den auch sonst zuständigen Instanzen läge. Um die Kassen der Fusionskontrolle der üblichen Kartellbehörden zu unterwerfen, sollten die Vorschriften über Kassenfusionen – dann möglicherweise nur klarstellend – um eine Regelung ergänzt werden, dass die Fusionskontrolle durch die Kartellbehörden unberührt bleibt.

7.2 Die Sichtweise von Krankenkassen als Träger mittelbarer Staatsverwaltung

Einer grundsätzlich anderen Sichtweise zufolge ändert der Krankenkassenwettbewerb um Versicherte nichts daran, dass es sich weiterhin um eine im weiteren Sinne „staatliche“, nämlich durch Träger mittelbarer Staatsverwaltung mit Selbstverwaltung betriebene Sozialversicherung handelt. In dieser Sicht ist der Kassenwettbewerb letztlich nichts anders als ein – allerdings sehr weit gehender – Unterfall des Einbaus in der Privatwirtschaft erprobter Elemente in die öffentliche Verwaltung, also dessen, was in der Verwaltungswissenschaft schon lange als „Neue politische Steuerung“ diskutiert wird. In dieser Sicht wird eine wirklich privatwirtschaftlich organisierte soziale Gesundheitsversorgung mit der Gefahr verbunden, dass die vielen zur Sicherung des sozialen Ausgleichs und zum Schutz „schlechterer Risiken“ erforderlichen staatlichen Vorgaben von den Akteuren und in der Politik zunehmend als „Fremdkörper“ gesehen würden und in der alltäglichen Praxis durch einen als „Bürokratie“ angegriffenen Kontrollapparat gesichert werden müssten. Hieraus resultiert die Auffas-

sung, dass der spezifische Auftrag, der traditionell pauschalierend als das der Sozialversicherung immanente „Solidarprinzip“ bezeichnet wird, auch in der Organisation der sozialen Gesundheitsversorgung verankert bleiben sollte – auch damit gegebenenfalls bei Fehlentwicklungen aufgrund des Kassenwettbewerbs ohne erneuten „Systemwechsel“ einigermaßen einfach gesetzgeberisch nachjustiert werden könnte.

In dieser Sicht ist der Grundansatz der im GKV-WSG getroffenen Regelung zu begrüßen. Da die Kassen nach der bisherigen gesetzgeberischen Konzeption nicht gewinnorientierte Wirtschaftsunternehmen sind, sondern dem Staat im weiteren Sinne zuzurechnende Sozialversicherungsträger mit spezifischem öffentlichen Auftrag bleiben, ist es konsequent, wenn ihre Beziehungen zu den Leistungserbringern im Sachleistungssystem durch spezifisches Sonderrecht geregelt bleiben, das allerdings im Interesse von Effizienz und Innovationsfähigkeit wettbewerbliche Elemente aufgenommen hat, und wenn auch die Wettbewerbsrechtsordnung spezifisch und getrennt vom allgemeinen Wettbewerbsrecht geregelt wird. Hierdurch wird auch die „Gefahr“ zumindest gemindert, dass die Öffnung zu mehr Wettbewerb unter politischer Kontrolle bleibt und sich nicht – auch unter Berücksichtigung europäischer und europarechtlicher Einflüsse – als schiefe Ebene erweist, auf der es kein Halten mehr gibt. In dieser Sichtweise ist es auch zu begrüßen, dass wegen der nur punktuellen Verweisung auf materielles Wettbewerbsrecht und wegen des öffentlich-rechtlichen Charakters auch der Selektivverträge das öffentlich-rechtliche Kontroll- und Rechtsschutzsystem (Rechtsaufsicht und Sozialgerichtsbarkeit) für die Durchsetzung gegenüber den Kassen einzusetzen ist und nicht die Wettbewerbsbehörden und die einschlägigen Spezialkammern und -senate der ordentlichen Gerichtsbarkeit. Dieser auf den ersten Blick eher formale Punkt ist insofern wichtig, als sich in der

Vergangenheit gezeigt hat, dass die unterschiedlichen Kontrollinstanzen für die Bewertung und Abwägung in konkreten Situationen von funktionspezifisch entwickelten unterschiedlichen Ansätzen herkommen.

Allerdings ist auch in dieser Sichtweise die im GKV-WSG getroffene Regelung teilweise unklar und lückenhaft. Insbesondere in folgenden Punkten bedürfte sie auch von diesem Standpunkt aus einer Fortentwicklung:

- a) Durch die Stellung der Verweisung auf das materielle Recht der GWB-Missbrauchsregelungen könnte man annehmen, dass nur die in § 69 Satz 1 SGB V genannten Beziehungen erfasst seien, nicht aber die im jetzigen Satz 3 geregelten Beziehungen zu den Krankenhäusern und ihren Verbänden. Dies ist – abgesehen davon, dass die Verfasser für erweiterte selektivvertragliche Optionen analog dem § 73c SGB V auch im Krankenhaussektor plädieren (*siehe dazu Abschnitt 4.2 „Wettbewerbssteuerung als fortbestehender Reformauftrag“*) jedenfalls nicht angemessen, soweit Krankenhäuser auch jetzt schon Beteiligte an Selektivverträgen sind, also insbesondere bei der integrierten Versorgung. Gerade Krankenhäuser bzw. deren Träger dürften auf Seiten der Leistungserbringer am ehesten eine Marktmacht entwickeln, welche der „Bändigung“ durch Missbrauchsabwehr bedarf. Ein Beispiel wäre etwa eine Verständigung einer den regionalen Markt beherrschenden Kasse und eines entsprechend marktbeherrschenden Krankenhausträgers auf exklusive Beziehungen im Hinblick auf Integrationsverträge. Eine einfache Verschiebung der Verweisung auf die §§ 19–21 GWB als Satz 3 schüfe hier eine angemessene Klarstellung, die der Schwierigkeit und Unsicherheit einer erweiternden Interpretation enthöbe.

- b) Der Ausschluss des GWB-Sanktionssystems von der analogen Anwendung ist aus der hier zugrunde gelegten Sichtweise nicht problematisch, soweit es um missbräuchliches Verhalten auf der Kassenseite geht. Krankenkassen und deren Verbände unterliegen der Rechtsaufsicht, welche die Gebote des § 69 SGB V in Verbindung mit den §§ 19–21 GWB durchsetzen und auch gegebenenfalls Auskünfte sowie die Vorlage von Unterlagen erzwingen kann. Demgegenüber bewirkt der Ausschluss des GWB-Wettbewerbsrechts verbunden mit einer nur partiellen Verweisung gegenüber Leistungserbringern, die nicht öffentlich-rechtlicher Rechtsaufsicht unterworfen sind, eine Durchsetzungslücke. Beispiele sind etwa ein Boykott von Leistungserbringern gegenüber einer bestimmten Krankenkasse oder diskriminierendes Verhalten eines (regional) marktbeherrschenden Leistungserbringers gegenüber einer bestimmten Kasse. Zwar unterliegen private Leistungserbringer weiterhin der Fusionskontrolle nach §§ 35 ff. GWB, da insoweit kein Ausschluss durch § 69 SGB V erfolgt ist. Jedoch ist das Handeln der Leistungserbringer gegenüber Kassen vom prinzipiellen Ausschluss des GWB erfasst. Auch wenn betroffenen Kassen Klagemöglichkeiten auf Einhaltung der Pflichten aus §§ 19–21 GWB bleiben, ist dies gegenüber den Möglichkeiten der Rechtsaufsicht oder der Kartellbehörden ein schwächeres Durchsetzungsinstrument. Eine Lösung des Dilemmas könnte darin liegen, insofern den Kartellbehörden Handlungsbefugnisse gegenüber allen Akteuren des selektivvertraglichen Geschehens einzuräumen, die nicht ohnehin als Teil der mittelbaren Staatsverwaltung der Rechtsaufsicht unterliegen.
- c) Zur Frage des Zusammenschlusses von Kassen für das Aushandeln selektiver Verträge, also von Kartellen, ist eine gesetzgeberische Konzeption erkennbar, die aus der hier zugrunde gelegten Sicht zu

begrüßen ist, nämlich die entsprechende Festlegung bei den einzelnen Ermächtigungstatbeständen (siehe §§ 73b Abs. 4 S. 1, 73c Abs. 3 S. 1, 127 Abs. 1 S. 1, 130a Abs. 8 S. 1 SGB V). Hier ist einerseits zu fragen, warum für Verträge über integrierte Versorgung nicht dasselbe gelten soll wie für Verträge über besondere ambulante ärztliche Versorgung. Andererseits fragt sich, ob die gesetzgeberische Ermächtigung zum bundesweiten Zusammenschluss von Kassen einer Kassenart für Verträge nach § 130a Abs. 8 SGB V mit dem Modell des Vertragswettbewerb noch vereinbar ist. Letzteres unterscheidet sich von einem reinen „Einkaufsmodell“ dadurch, dass – mit dem Ziel der Wahrung und Förderung von Qualität – auch die Kassen im Wettbewerb um Selektivverträge mit Leistungserbringern stehen sollen.

7.3 Zur Anwendung von Vergaberecht

Neben den Fragen des Wettbewerbsrechts besteht auch in vergaberechtlicher Hinsicht Klärungsbedarf. Das Vergaberecht, soweit es der Umsetzung gemeinschaftsrechtlicher Vorgaben dient, ist im GWB in dessen Viertem Teil sowie in hierauf basierendem untergesetzlichem Recht geregelt. Dieses sog. „Kartellvergaberecht“ ist nach dem Wortlaut des § 69 SGB V ebenso wie das GWB-Wettbewerbsrecht auf die dort geregelten Beziehungen zwischen Leistungserbringern und Kassen nicht anwendbar. Ob diese am Wortlaut orientierte Interpretation zutrifft, ist rechtlich – auch zwischen Gerichten und Vergabekammern – umstritten. Entsprechend umstritten ist auch der Rechtsweg. Dabei sollte auch beachtet werden, inwieweit hier – unabhängig vom nationalen deutschen Recht – Gemeinschaftsvergaberecht gilt und vom deutschen Gesetzgeber umzusetzen ist.

Für die inhaltliche Ausgestaltung der zu treffenden gesetzgeberischen Entscheidungen gibt es entsprechende unterschiedliche Sichtweisen wie zur wettbewerbsrechtlichen Grundkonzeption. Einerseits – und dies wäre rechtstechnisch durch die schon oben angesprochene Streichung von § 69 SGB V insoweit erreicht, als Krankenkassen überhaupt noch öffentliche Auftraggeber wären – wird die Ansicht vertreten, es sollte das Kartellvergaberecht ohne Abstriche und mit den dort vorgesehenen Kontrollinstrumenten (Vergabekammern und Vergabesenate der ordentlichen Gerichtsbarkeit) für die Selektivverträge im Sachleistungssystem gelten.

Andererseits wird vorgeschlagen,

- erstens die Eigenschaft von Kassen als öffentliche Auftraggeber gesetzgeberisch bejahend zu entscheiden,
- zweitens ein spezifisches Vergaberecht für die Selektivverträge durch Verweisung in analoger Weise wie in § 69 S. 2 SGB V zu schaffen, welches insbesondere Gemeinschaftsrechtskonformität gewährleistet (betrifft nahezu ausschließlich Lieferaufträge, also den Arznei- und Hilfsmittelbereich), aber die Kontrolle auch hier der Rechtsaufsicht und den Sozialgerichten zu überantworten,
- drittens in einem solchen Sondervergaberecht für hier typische Unklarheiten, wann ein Vertrag nach § 127 Abs. 1 oder § 130a Abs. 8 SGB V ein öffentlicher Lieferauftrag ist, durch eine gesetzgeberische Klärung Streit zu vermeiden.

Insgesamt sollte der Gesetzgeber in jedem Fall – auch im Hinblick auf das für die Praxis nicht irrelevante Selbstverständnis der Akteure – die gegenwärtig in der Schwebe gehaltene Entscheidung zwischen einer echten Unternehmensqualität der Krankenkassen mit den dann auch offen anzuerkennenden gemeinschaftsrechtlichen Konsequenzen

oder der Wahrung der Eigenschaft und Rolle der Krankenkassen als der mittelbaren Staatsverwaltung zuzurechnende Sozialversicherungsträger mit spezifischem, nicht am unternehmerischen Erfolg ausgerichteten sozialem Auftrag bewusst selbst treffen. Diese Alternative ist hier insbesondere anhand des Wettbewerbsrechts verdeutlicht worden. Sie dürfte auch bei künftigen gesetzgeberischen Weiterentwicklungen der GKV virulent werden.

8 Weitere Reformmaßnahmen zum vertragswettbewerblichen Ordnungsrahmen

Bislang war das Augenmerk dieses Beitrags auf die selektiven Vertragsoptionen in den Beziehungen zwischen Krankenkassen und Anbietern von Versorgungsleistungen gerichtet. Wie im Gutachten zum Vertragswettbewerb von 2006 dargelegt, reicht es als Voraussetzung für das Zustandekommen von Vertragswettbewerb jedoch nicht aus, den Selektivvertragsparteien ausreichende Handlungsspielräume zu geben, wenn gleichzeitig weitere zentrale Funktionsbedingungen nicht erfüllt sind. Dazu gehört auf der Kassenseite insbesondere, dass die Anreizstrukturen im Kassenwettbewerb so ausgerichtet sind, dass aktives Vertrags- und Versorgungshandeln zur Verbesserung von Qualität und Wirtschaftlichkeit der Gesundheitsversorgung überhaupt als ein erfolgsversprechendes Wettbewerbsfeld angesehen wird.

Ob diese Voraussetzung erfüllt ist, hängt von der konkreten Ausgestaltung der GKV-Wettbewerbsordnung ab, die die wettbewerblichen Beziehungen zwischen den Krankenkassen regelt. In diesem Bereich hat das GKV-WSG durch die Einführung des Gesundheitsfonds mit einem morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA) als zentralem Schlüssel zur Verteilung der Fondsmittel auf die Kassen sowie einem kassenindividuellen Zusatzbeitrag für den Fall unzureichender Fondszuweisungen zwei wichtige Neuerungen eingeführt, deren potenzielle Auswirkungen auf das vertragswettbewerbliche Leistungsgeschehen in diesem Kapitel analysiert werden. Außerdem soll ein kurzer Blick auf einen weiteren Reformbereich des GKV-WSG

gerichtet werden, der vom Gesetzgeber selbst als „Neuordnung der Institutionen“ bezeichnet wird und als zentrale Maßnahme die zwischenzeitlich zum 1. Juli 2008 erfolgte Gründung des inzwischen zum „GKV-Spitzenverband“ umbenannten Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen beinhaltet.

8.1 Gesundheitsfonds und Morbi-RSA

Kernstück der finanzierungsseitigen Reformmaßnahmen des GKV-WSG ist die Einrichtung des zentralen Gesundheitsfonds ab 2009. Unabhängig von ihrer Kassenzugehörigkeit entrichten alle GKV-Mitglieder (und ihre Arbeitgeber bzw. die Rentenversicherungsträger) ihre Beiträge auf der Grundlage eines einheitlichen Beitragssatzes an diesen Fonds, der vom Bundesversicherungsamt verwaltet wird. Der GKV-weite Beitragssatz wird spätestens bis zum 1. November 2008 von der Bundesregierung festgelegt; er soll der Höhe nach so bemessen sein, dass die Fondsmittel insgesamt ausreichen, die für 2009 zu erwartenden GKV-Ausgaben vollständig zu decken. Die Zuweisungen, die die Krankenkassen aus dem Fonds erhalten, werden zum überwiegenden Teil – zur Deckung der Leistungsausgaben der Kassen – durch den RSA bestimmt, der ab 2009 direkt morbiditätsorientiert ausgestaltet ist.

Aus gesundheitsökonomischer Sicht ist es mittlerweile unbestritten, dass jedes wettbewerbliche Krankenversicherungssystem mit solidarischer Finanzierung (also ohne risikoäquivalente Prämien) ein Ausgleichssystem benötigt, um die Anreize zur Risikoselektion zu mindern, Chancengleichheit im Wettbewerb zu sichern und die Stabilität des Krankenversicherungsmarktes zu gewährleisten. Diese Erkenntnis hat auch das Bundesverfassungsgericht 2005 in einem wegweisenden

Urteil bestätigt (*BVerfG 2005*). Im selben Urteil hat das Gericht ebenfalls ausgeführt, dass die Morbidität der Versicherten in der bisherigen Systematik des Risikostrukturausgleichs nur sehr unvollständig abgebildet wird und der Beitragssatz einer Kasse nach wie vor zu einem Großteil davon abhängt, wie hoch ihr Anteil an gut verdienenden und gesunden Versicherten ist. Deshalb lohnten die in aller Regel aufwändigen Aktivitäten des Vertrags- und Versorgungsmanagements für kranke Versicherte meist weniger als Risikoselektion und drohten zudem, weitere kranke Versicherte und damit schlechte Risiken anzulocken. Für funktionalen Vertragswettbewerb zur Verbesserung von Qualität und Wirtschaftlichkeit der Gesundheitsversorgung waren dies keine ausreichenden Voraussetzungen.

Der Gesetzgeber hat die Kritik an der bisherigen Systematik des RSA in zweierlei Weise aufgenommen:

- Zum einen führen die Regelungen des GKV-WSG dazu, dass der bislang unvollständige Finanzkraftausgleich zwischen den Kassen komplettiert wird. Beim bisherigen Risikostrukturausgleich wurden Satzungsleistungen und Verwaltungskosten der Kassen bei der Kalkulation des Ausgleichsbedarfssatzes nicht berücksichtigt. Dies führte zu Beitragssatzunterschieden von bis zu rund 0,5 Beitragssatzpunkten, die allein dadurch bedingt waren, dass diese Ausgabenblöcke aus unterschiedlich hohen beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder finanziert werden mussten; Mitgliederselektion nach dem Einkommen war für die Kassen daher lohnend. Dieser Fehlanreiz wird dadurch behoben, dass die Kassen aus dem Gesundheitsfonds auch (standardisierte) Zuweisungen für ihre Verwaltungsausgaben erhalten.
- Zum anderen wird bei der Ermittlung des Beitragsbedarfs – zusätzlich zu den Faktoren Alter, Geschlecht und Erwerbsminderungssta-

tus – künftig auch der Gesundheitszustand der Versicherten in Gestalt morbiditätsbezogene Risikozuschläge berücksichtigt, die durch das Bundesversicherungsamt entsprechend den Vorgaben des GKV-WSG zunächst für maximal 50 bis 80 chronisch-kostenintensiven oder schwerwiegenden Krankheiten auf der Grundlage von Diagnosen und Arzneimittelverordnungen festgelegt werden.

Auch wenn einige Detailfestlegungen zur direkten Morbiditätsorientierung des RSA nicht unumstritten sind, gilt es im hier betrachteten Kontext zunächst festzuhalten, dass die beschriebenen Neuregelungen grundsätzlich zu einer substantiellen Verringerung der Anreize der Krankenkassen zur Risikoselektion führen. Damit gewinnt zugleich das Vertrags- und Versorgungsmanagement als erfolgversprechendes Feld im Kassenwettbewerb deutlich an Attraktivität. Erstens ist Risikoselektion als Alternative weniger interessant. Zweitens erhalten die Kassen für kranke Versicherte – vormals fast ausnahmslos schlechte Risiken – nunmehr vom Grundsatz her eine adäquate finanzielle Kompensation, so dass diese Versicherten jetzt sogar zu einer attraktiven Zielgruppe werden können, und zwar sowohl hinsichtlich der Profilierung der Kassen als aktive Sachwalter der Versicherteninteressen in Versorgungsfragen als auch im Hinblick auf die Erwirtschaftung positiver Deckungsbeiträge.

Gleichwohl gibt es auch beim künftigen Morbi-RSA einige „Wermutstropfen“, die die in vertragswettbewerblicher Perspektive grundsätzlich positive Bewertung der erfolgten Reformmaßnahmen leider wieder ein Stück relativieren (*vgl. Jacobs 2008*):

- Die vom Gesetzgeber vorgegebene Beschränkung der Anzahl von 50 bis 80 Krankheiten, für die ab 2009 morbiditätsbezogene Risikozuschläge gezahlt werden, ist ein politischer Kompromiss (*Göpffarth 2007: 25*) mit kontraproduktiven Folgen. Unabhängig von der konkreten Krankheitsauswahl werden dadurch im Hinblick auf die Anreizwirkungen der Kassen drei Gruppen von Versicherten gebildet: gesunde Versicherte, die sich aufgrund der Unvollständigkeit des Morbi-RSA auch künftig überdurchschnittlich „lohnen“, Versicherte mit „richtigen“ (weil im RSA berücksichtigten) Krankheiten, bei denen bei gezieltem Vertrags- und Versorgungsmanagement begründete Aussichten auf positive Deckungsbeiträge bestehen, und Versicherte mit „falschen“ (weil im RSA nicht berücksichtigten) Krankheiten, die künftig noch ungünstigere Risiken sind als bisher.
- In vertragswettbewerblicher Perspektive ist es zu begrüßen, dass sich das Bundesversicherungsamt bei der Auswahl der berücksichtigungsfähigen 80 Krankheiten von den Vorschlägen seines – daraufhin zurückgetretenen – Wissenschaftlichen Beirats distanzierte und selbst eine Auswahl vornahm, bei der nennenswerte Anteile des Versorgungs- und Ausgabengeschehens der GKV abgedeckt werden; die um diese Frage entbrannte Kontroverse lässt für die künftige Weiterentwicklung des Morbi-RSA allerdings schon jetzt weitere Auseinandersetzungen befürchten, bei der die in vertragswettbewerblicher Sicht zentrale Funktion des Morbi-RSA Schaden nehmen könnte.
- Ob sich die ebenfalls durch das Bundesversicherungsamt erfolgte Festlegung des Versicherten-Klassifikationsmodells zur Ermittlung der Fondszuweisungen an die Kassen als zweckmäßig erweisen wird, bleibt einstweilen abzuwarten; das Modell steht in der Kritik, weil es zum einen in hohem Maße auf ambulanten Diagnosen basiert, deren Validität jedoch erheblichen Zweifeln unterliegt, und

zum anderen bei den Morbiditätszuschlägen einen relativ geringen Differenzierungsgrad aufweist, wodurch sich Anknüpfungspunkte für neue Selektionsstrategien ergeben könnten.

Gegenstand politischer Auseinandersetzungen war und ist schließlich auch die Ausgestaltung des neben dem Morbi-RSA zweiten Verteilungsschlüssels der Fondsmittel auf die Kassen, bei dem es um Zuweisungen für Verwaltungsausgaben geht. Anstatt dem Vorschlag der RSA-Gutachter von 2001 zu folgen (*vgl. Jacobs et al. 2002*), den standardisierten Betrag so zu ermitteln, dass er sich – analog zur sozialen Pflegeversicherung – zu 70 Prozent am Versorgungsgeschehen (Beitragsbedarf) und zu 30 Prozent an der Versichertenzahl orientiert, sieht der Entwurf der Bundesregierung zu einem „Gesetz zur Weiterentwicklung der Organisationsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-OrgWG)“ einen 50/50-Schlüssel vor (BT-Drs. 16/9559), der unmittelbar versorgungsorientierte Aktivitäten der Kassen – wozu grundsätzlich auch das Vertragswettbewerbshandeln zählt – zumindest nicht gerade erleichtert.

8.2 Zusatzbeitrag und Überforderungsklausel

Der Gesundheitsfonds und die Verteilung der Fondsmittel auf die Krankenkassen repräsentieren allerdings nur einen Teil der künftigen Finanzierungsarchitektur der GKV. Wenn die Fondsmittel nicht ausreichen, die Ausgaben der Kassen zu decken, müssen die Kassen die entsprechenden Defizite durch pauschale (einkommensunabhängige) Zusatzbeiträge ihrer Mitglieder ausgleichen. Auch wenn vorgesehen ist, dass die Erstausrüstung des Gesundheitsfonds im Jahr 2009 so bemessen sein soll, dass die GKV-Ausgaben insgesamt gedeckt sind, kann es für einzelne Kassen bereits zu diesem Zeitpunkt erforderlich

sein, einen Zusatzbeitrag zu erheben (während umgekehrt andere Kassen nicht benötigte Fondszuweisungen an ihre Mitglieder in Form von Erstattungen ausschütten können). Perspektivisch sieht das Fondsmodell allerdings nur noch einen Mindestdeckungsgrad von 95 Prozent der gesamten GKV-Ausgaben vor, so dass Zusatzbeiträge zur Regel werden dürften.

Zur Vermeidung finanzieller Überforderungen der Mitglieder ist der Zusatzbeitrag mit einer Überforderungsklausel verknüpft: Bei einem kassenindividuellen Zusatzbeitrag von mehr als acht Euro müssen die Mitglieder maximal ein Prozent ihres beitragspflichtigen Einkommens als Zusatzbeitrag entrichten. Dadurch kommt es – abgesehen von verteilungspolitisch fragwürdigen Effekten, auf die hier nicht näher eingegangen wird (*zu den Wirkungen insgesamt vgl. ausführlich Manouguian et al. 2008*) – zu einer Reihe von Anreizproblemen sowohl bei den Mitgliedern als auch bei den Krankenkassen:

- Wenn Mitglieder mit einem beitragspflichtigen Monatseinkommen von bis zu 800 Euro einer Kasse mit einem Zusatzbeitrag von acht Euro und mehr angehören, zahlen sie maximal ein Prozent ihres Einkommens. Als Mitglieder einer Kasse mit einem niedrigeren Zusatzbeitrag – zum Beispiel sechs oder sieben Euro – müssten sie dagegen unter Umständen mehr als ein Prozent ihres Einkommens entrichten, weil die 1-Prozent-Überforderungsklausel erst ab acht Euro greift. Wenn der Zusatzbeitrag tatsächlich Ausdruck für die – nicht zuletzt durch erfolgreiches Selektivvertragshandeln bestimmte – Wirtschaftlichkeit einer Kasse sein soll, wird für die Angehörigen des fraglichen Einkommensbereichs der geradezu perverse Anreiz gesetzt, in eine unwirtschaftlichere Kasse zu wechseln.

Wenn der Gesundheitsfonds nur noch 95 Prozent der GKV-Ausgaben deckt, erreichen die Zusatzbeiträge der Kassen eine Höhe, bei der ein nennenswerter Teil der GKV-Mitglieder unter die Überforderungsklausel fällt. Für viele dieser Mitglieder dürfte es kaum noch einen finanziellen Anreiz zum Kassenwechsel geben, weil sie mehr oder weniger überall denselben, auf ein Prozent ihres Einkommens begrenzten Zusatzbeitrag entrichten müssten. Für diese Mitglieder hätte der Zusatzbeitrag die ihm zuge dachte Signalfunktion vollends verloren.

- Für die Krankenkassen resultieren die Anreizprobleme vor allem aus der „Überforderungsfalle“ des Zusatzbeitrags. Diese Falle besteht darin, dass die infolge der 1-Prozent-Überforderungsklausel „entgangenen“ Zusatzbeiträge nicht „von außen“ kompensiert werden – als steuerfinanzierte Zuschüsse oder Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds –, sondern kassenintern ausgeglichen werden müssen. Das kann aber nur über entsprechend erhöhte Zusatzbeiträge geschehen, wodurch weitere Mitglieder von der Überforderungsklausel erfasst werden und abermalige Einnahmenschwäche entstehen, die ihrerseits wiederum ausgeglichen werden müssen. Am Ende einer solchen „Spirale“ kann sehr schnell die Handlungsfähigkeit einer Kasse stehen, die ihre Ausgaben nicht mehr decken kann, weil schließlich alle ihre Mitglieder unter die Überforderungsklausel fallen und sie keine Zusatzmittel im erforderlichen Umfang mehr generieren kann (*vgl. Schawo 2007*).

Dieser offenkundige Defekt der Konstruktion „Zusatzbeitrag mit Überforderungsklausel“ hat zur Folge, dass eine Kasse umso eher in die „Überforderungsfalle“ zu geraten droht, je mehr einkommensschwache Mitglieder und (zusatz-)beitragsfreie Familienversicherte sie versichert. Während einerseits der RSA so ausgestaltet wird,

dass sich Risikoselektion nach den Kriterien Einkommen und Mitversicherterquote nicht mehr lohnt, macht andererseits die (Fehl-) Konstruktion des Zusatzbeitrags eine solche Selektion geradezu zwingend erforderlich.

In vertragswettbewerblicher Perspektive sind die skizzierten Anreiz- und Wettbewerbsprobleme fatal: Der kassenindividuelle Zusatzbeitrag ist nämlich alles andere als ein hinreichend unverzerrtes Preissignal für die Wirtschaftlichkeit des Kassenhandelns – die mit Weiterentwicklung des RSA bewirkte Verminderung bisheriger Beitragssatz- und Wettbewerbsverzerrungen wird vielmehr vollständig konterkariert, und bereits ausgemerzt geglaubte Anreize zur Risikoselektion werden zu neuem Leben erweckt.

8.3 Neuordnung der Institutionen

Ein weiterer Bestandteil des GKV-WSG mit mittelbaren und unmittelbaren Folgewirkungen für die vertragswettbewerbliche Zukunft ist die vom Gesetzgeber selbst als „grundlegende Reform und Neuordnung der Institutionen“ bezeichnete Organisationsreform der GKV. Sie steht unter der erklärten Zielsetzung, dass die Institutionen des Gesundheitswesens „ihre Aufgaben und Funktionen in einem stärker wettbewerblich geprägten Ordnungsrahmen besser erfüllen können“ (*Begründung zum GKV-WSG, BT-Drs. 16/3100*).

Diese Zielstellung des Gesetzgebers ist grundsätzlich zu begrüßen – stammten die bisherigen Organisationsstrukturen der GKV doch überwiegend unverändert aus der „Vor-Wettbewerbszeit“, die durch gesetzliche Kassenzuweisungen der Versicherten und Kollektivvertragsverpflichtungen der Kassen gekennzeichnet war. Das gilt insbe-

sondere auch für den Stellenwert von „Kassenarten“ und die Funktion von „Kassen(arten)verbänden“ auf Bundes- und Landesebene. Spätestens mit der Einführung der freien Kassenwahl Mitte der 90er Jahre war dieses Konstrukt funktional obsolet. Wenn die einzelne Kasse – und nicht etwa eine „Kassenart“ – im Wettbewerb um Versicherte steht, benötigt sie möglichst viele Handlungsparameter, um ihre Wettbewerbsposition positiv beeinflussen zu können – nicht zuletzt im Hinblick auf die Beeinflussung ihrer Leistungsausgaben durch gezieltes Vertrags- und Versorgungsmanagement. Dass beim konkreten Vertrags- und Versorgungshandeln nicht jede Kasse jede Aktivität selbst ausführen, sondern ggf. auch mit Kooperationspartnern gemeinsam unternehmen oder an einen Verband delegieren kann, ist dadurch keineswegs ausgeschlossen. Die Entscheidung hierüber muss jedoch die im Wettbewerb stehende Kasse treffen und nicht der Gesetzgeber. Der wiederum hat dafür zu sorgen, dass die wettbewerblichen Anreizstrukturen stimmen und dass das Wettbewerbshandeln sowohl mit dem Solidarprinzip der GKV als auch mit wettbewerbsrechtlichen Anforderungen in Einklang steht.

Ob die mit dem GKV-WSG geschaffenen Organisationsstrukturen in (vertrags-)wettbewerblicher Sicht hinreichend konsistent ausgestaltet sind, ist allerdings zumindest zweifelhaft (*vgl. ausführlich Casel/Jacobs 2008*). Zweifel bestehen insbesondere hinsichtlich der Rolle des neu geschaffenen Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen („GKV-Spitzenverband“) angesichts dessen unübersehbarer Rollenambivalenz. Der GKV-Spitzenverband soll nämlich gleichzeitig als Interessenvertretung und Dienstleister seiner Mitglieder („bottom-up“) und als Regulator ihrer Wettbewerbsbeziehungen („top down“) fungieren – das wird kaum widerspruchsfrei leistbar sein. So hat der GKV-Spitzenverband zum Beispiel die Aufgabe, die Programmkostenpauschale festzulegen, die eine Kasse künftig für ihre Versicherten

erhält, die in zugelassene Disease-Management-Programme eingeschrieben sind. In dieser Frage kann es naturgemäß kein einheitliches Interesse aller Verbandsmitglieder geben, so dass die „Interessenvertretung“ GKV-Spitzenverband zwangsläufig gegen die Wettbewerbsinteressen einer Reihe seiner Mitglieder entscheiden muss. Darüber hinaus liegt auf der Hand, dass das Ergebnis der Entscheidung unmittelbare Konsequenzen für vertragswettbewerbliche Aktivitäten der Kassen zur Versorgung von chronisch Kranken hat. Grundsätzlich ähnlich – dass heißt mit divergierenden Ausgangsinteressen der Kassen sowie wettbewerbsrelevanten Folgen bei jeder denkbaren Festlegung – stellt sich die Situation auch bei anderen Aufgaben des GKV-Spitzenverbandes dar, etwa bei der Umsetzung der vertragsärztlichen Vergütungsreform oder beim Abschluss künftig GKV-weit einheitlicher Bundesmantelverträge für die ärztliche bzw. zahnärztliche Versorgung.

Der GKV-Spitzenverband bewegt sich aber nicht nur in dem soeben skizzierten Spannungsfeld der Wahrnehmung von Regulierungsfunktionen in Bezug auf den Wettbewerb unter seinen Mitgliedern – er hat oder entwickelt unter Umständen auch eigene Interessen, die mit denen (einiger) seiner Mitglieder konfliktieren können. Dieses Problem droht nicht zuletzt im Kontext Vertragswettbewerb. So bezeichnet der GKV-Spitzenverband „Versorgung gestalten“ selbst als eines seiner zentralen Aufgabenfelder. „Versorgung gestalten“ – und zwar im Hinblick auf die Verbesserung ihrer Qualität und Wirtschaftlichkeit – ist aber gerade auch das erklärte Ziel von Vertragswettbewerb. Wird der GKV-Spitzenverband seine Rolle so definieren, dass er im Rahmen seiner gesetzlich zugewiesenen Zuständigkeiten die (vertrags-)wettbewerblichen Handlungsfreiräume der Krankenkassen stärkt – etwa indem er bei der Ausgestaltung der vertragsärztlichen Kollektivvergütung für deren Bereinigungsfähigkeit als Voraussetzung für das Zu-

standekommen von Selektivverträgen sorgt, damit allerdings im Ergebnis seinen eigenen Gestaltungsbereich potenziell beschneidet?

Auf Landesebene hat der Gesetzgeber – entgegen entsprechenden Absichten in den ersten Entwurfsfassungen zum GKV-WSG – darauf verzichtet, alle Kassen zu einem gemeinsamen Verband zusammenzuschließen. Hier sind weiterhin die Kassen(arten)verbände alter Prägung tätig, wobei diese allerdings in Bezug auf die Vergütung der vertragsärztlichen Versorgung künftig „gemeinsam und einheitlich“ handeln müssen (§ 87a Abs. 2 SGB V) – soweit nach den „Bundesvorgaben“ überhaupt noch regionale Gestaltungsspielräume bestehen. Der propagierten Stärkung (vertrags-)wettbewerblicher Steuerungsstrukturen steht jeder weitere Ausbau der kassenseitigen Verpflichtung, Verträge mit Leistungserbringern gemeinsam und einheitlich zu schließen, grundsätzlich entgegen. Wenn dies zudem auf der Ebene der – *siehe oben* – „eigentlich obsoleten“ Kassen(arten)verbände geschieht, verweist dies zugleich auf den noch „unfertigen“ Charakter der mit dem GKV-WSG geschaffenen Organisationsstrukturen. Für weitere Reformschritte in diesem Bereich – wie sie teilweise bereits im „WSG-Folgegesetz“ GKV-OrgWG angelegt sind, wäre allerdings zu wünschen, dass zunächst ein vor allem wettbewerbskompatibles Organisations-Gesamtgefüge entwickelt (*vgl. Ebsen et al. 2003*) und dann ggf. schrittweise realisiert würde. Nur so scheint der Gefahr begegnet werden zu können, dass vormalige Dysfunktionalitäten der GKV-Wettbewerbsordnung durch neue ersetzt werden.

9 Schlussbemerkungen

Auf ein umfassendes Fazit soll hier bewusst verzichtet werden. Sowohl das 2006 erstellte Gutachten im ersten Teil dieser Publikation als auch die Ausführungen in diesem Beitrag machen deutlich, dass die zahlreichen Steuerungsprobleme der GKV-finanzierten Gesundheitsversorgung, die zu vielfach identifizierten und beklagten Qualitäts- und Effizienzdefiziten und damit letztendlich zu einer Vergeudung von Beitragsmitteln führen, nicht zuletzt auf ein hohes Maß an Inkonsistenz der bestehenden Steuerungsstrukturen zurückzuführen sind. Nicht nur zwischen den einzelnen Versorgungssektoren, die zum Teil ganz unterschiedlichen Ordnungs- und Steuerungsprinzipien unterliegen, sondern auch innerhalb einzelner Sektoren mit einem Nebeneinander zum Teil widersprüchlicher, jedenfalls selten konsistenter Einzelregelungen herrscht mittlerweile ein kaum noch durchschaubares „Steuerungswirrwarr“, das mit jedem Reformgesetz – parallel zum Umfang des SGB V – weiter zuzunehmen scheint.

Mit diesem Beitrag sollte einmal mehr der Versuch unternommen werden, gezielte Anregungen für eine konsistente vertragswettbewerbliche Weiterentwicklung der GKV zu geben, wie sie der Gesetzgeber des GKV-WSG – zumindest seiner Rhetorik nach – selbst als sinnvoll erachtet. Dabei geht es gewiss nicht darum festzustellen, ob der Gesetzgeber auch wirklich tut, was er ankündigt und vorgibt, oder nicht. Eine dezidiert vertragswettbewerbliche Ausrichtung der Versorgungssteuerung ist auch nicht alternativlos (wenngleich nach Auffassung der Verfasser in ihren Wirkungen jeder fortgesetzten plan- und kollektivwirtschaftlichen Steuerung potenziell überlegen). Die offenkundige ordnungsökonomische Unentschlossenheit – wenn nicht gar

Orientierungslosigkeit – bei der Konzipierung und Umsetzung von Reformmaßnahmen, die dazu führt, dass oft schon von vornherein erkennbar ist, dass vieles „so überhaupt nicht funktionieren kann“, scheint jedenfalls die denkbar schlechteste Voraussetzung für eine zukunftsorientierte Weiterentwicklung der GKV. Von „Vorfahrt für Vertragswettbewerb“ kann auch nach dem GKV-WSG weiterhin keine Rede sein.

10 Literatur

Augurzky B/Bublitz T (2007): Modell 21 – Regionale monistische Finanzierung. Krankenhäuser gesund zukunftsfähig machen, Positionspapier des Bundesverbands Deutscher Privatkliniken (BDPK); Download unter: http://vorab.bdpk.de/media/file/233.BDPK_Modell_21.pdf (Zugriff: 28.08.2008).

Augurzky B/Göhlmann S/Greß S/Wasem (2006): The Effects of Reference Pricing on Ex-factory Prices of RxDrugs in Germany. A Panel Data Approach, RWI Discussion Paper No. 46, Essen.

BKK-Bundesverband (2007a): Ordnungspolitischer Rahmen ab 2009 im Krankenhausbereich. Das Modell des BKK Systems, Essen; Download unter: <http://www.bkk.de/bkk/powerslave,id,1266,nodeid,.html> (Zugriff: 28.08.2008).

BKK-Bundesverband (2007b): Arzneimittel Vertragspolitik, Dezember 2007, Essen; Download unter: <http://www.bkk.de/bkk/powerslave,id,505,nodeid,.html> (Zugriff: 28.08.2008).

Böcken J (2006): Hausarztmodelle in Deutschland: Teilnehmerstruktur, Beitrittsgründe und die Koordination zum Facharzt. In: Böcken J/ Braun B/ Amhof R/Schnee M (Hrsg.): Gesundheitsmonitor 2006. Gesundheitsversorgung und Gestaltungsoptionen aus der Perspektive von Bevölkerung und Ärzten, Gütersloh (Bertelsmann Stiftung), S. 247–271.

Bundesregierung (2008): Bericht über die Auswirkungen von Rabattvereinbarungen für Arzneimittel, insbesondere auf die Wirksamkeit der Festbetragsregelung, Bundestags-Drucksache 16/9284 vom 27.05.2008.

BVerfG; Bundesverfassungsgericht (2005): Gründe zum Beschluss des Zweiten Senats vom 18. Juli 2005 – 2 BvF 2/01 – im Verfahren zur Feststellung der Verfassungswidrigkeit von §§ 266 f. und 313a SGB V auf Antrag der Landesregierung Baden-Württemberg, der Bayerischen Staatsregierung und der Hessischen Landesregierung, Karlsruhe; Download unter: www.bverfg.de/entscheidungen/rs20050718_2bvf_000201.html (Zugriff: 11.08.2008).

Cassel D/Wille E (2006): Markt- und wettbewerbstheoretische Analyse der Regulierung des GKV-Arzneimittelmarktes. In: IGES/Cassel D/Wille E/WiDO: Steuerung der Arzneimittelausgaben und Stärkung des Forschungsstandortes für die pharmazeutische Industrie, Gutachten für das Bundesministerium für Gesundheit; Download: http://wido.de/fileadmin/wido/downloads/pdf_arzneimittel/wido_arz_gutachten_bmg_0806.pdf (Zugriff: 28.08.2008).

Cassel D/Jacobs K (2008): Wo Rauch ist, ist auch Feuer – Zur ordnungspolitischen Brisanz der GKV-Organisationsreform. G+G Wissenschaft 8 (3), S. 7–15.

Ebsen I/Greß S/Jacobs K/Szecsényi J/Wasem J (2003): Vertragswettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung zur Verbesserung von Qualität und Wirtschaftlichkeit der Gesundheitsversorgung. In: AOK-Bundesverband (Hrsg.): AOK im Dialog Bd. 13, Bonn, S. 145–307; Download unter: <http://wido.de/gutachten2003.html> (Zugriff: 28.08.2008).

Felder S/Fetzer S/Wasem J (2008): „Was vorbei ist, ist vorbei“: Zum Übergang in die monistische Krankenhausfinanzierung. In: Klauber J/Robra BP/Schellschmidt H (Hrsg.): Krankenhaus-Report 2007. Schwerpunkt: Krankenhausvergütung – Ende der Konvergenzphase?, Stuttgart/New York (Schattauer), S. 143–153.

Göpfahrt D (2007): Der Risikostrukturausgleich auf dem Weg zur direkten Morbiditätsorientierung. G+G Wissenschaft 7 (3), S. 23–30.

Greß S/Jacobs K/Schulze S/Wasem J (2004): Vertragswettbewerb und die Versorgung mit stationären Leistungen. In: Klauber J/Robra BP/Schellschmidt H (Hrsg.): Krankenhaus-Report 2003. Schwerpunkt: G-DRGs im Jahre 1, Stuttgart/New York (Schattauer), S. 121–136.

Greß S / Niebuhr D / Wasem J (2006): Arzneimittelmarkt: Neue Wege zum fairen Pillen-Preis. Gesundheit und Gesellschaft 9 (3), S. 34–40.

Großmann A (2007): Mehr Kassenwettbewerb durch Arzneimittel-Rabattverträge? Die BKK 95 (10), S. 446–448.

Hermann C (2007): Gesundheitspolitischer tour d’horizon, Interview. Highlights – Das Onlinemagazin zur Gesundheitspolitik 4 (27), S. 1–12.

Jacobs K (2008): Der Morbiditätsbezug des RSA als Voraussetzung für versorgungsorientierten Kassenwettbewerb. Erscheint in: Göppfarth D/ Greß S/Jacobs K/Wasem J (Hrsg.): Jahrbuch Risikostrukturausgleich 2008. Schwerpunkt: Morbi RSA, Sankt Augustin (asgard).

Jacobs K/Reschke P/Cassel D/Wasem J (2002): Zur Wirkung des Risikostrukturausgleichs in der gesetzlichen Krankenversicherung. Eine Untersuchung Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit, Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit Bd. 140, Baden-Baden (Nomos).

Klauber J/Schleert N (2006): Arzneimittel: Mehr Mut zum Wettbewerb. *Gesundheit und Gesellschaft* 9 (4), S. 32–39.

Leber W-D/Malzahn J/Wolff J (2008): Elektiv wird selektiv. Grundzüge eines wettbewerbsorientierten, nach Leistungen differenzierenden Ordnungsrahmens für Krankenhäuser ab dem Jahr 2009. In: Klauber J/Robra BP/Schellschmidt H (Hrsg.): *Krankenhaus-Rport 2007. Schwerpunkt: Krankenhausvergütung – Ende der Konvergenzphase?*, Stuttgart/New York (Schattauer), S. 81–106.

Leu R/Eisenring C/Nocera S/Schellhorn M (1999): *Spitalfinanzierung im Umbruch – Probleme und Lösungsmöglichkeiten*, Basel (Interpharma).

Manouguian M/Greß S/Walendzik A/Wasem J (2008): Finanzielle Auswirkungen des Zusatzbeitrags auf die Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung, Diskussionsbeitrag Nr. 166, Fachbereich Wirtschaftswissenschaften der Universität Duisburg-Essen, Campus Essen; Download: http://www.mm.wiwi.uni-due.de/uploads/tx_itochairt3/publications/DP166_Zusatzbeitrag_final.pdf (Zugriff: 28.08.2008).

Marx P (2007): Nachfragemacht bei Arzneimitteln. *Recht und Politik im Gesundheitswesen* 13 (4), S. 121–125.

Orlowski U/Wasem J (2007): *Gesundheitsreform 2007 (GKV-WSG). Änderungen und Auswirkungen auf einen Blick*, Heidelberg u. a. O. (C. F. Müller).

Robert-Bosch-Stiftung (1987): *Krankenhausfinanzierung in Selbstverwaltung*, Kommissionsbericht, Gerlingen (Bleicher).

Schawo D (2007): Gesundheitsfonds und Einkommensausgleich zwischen den Krankenkassen. In: Göppfarth D/Greß S/Jacobs K/Wasem J (Hrsg.): Jahrbuch Risikostrukturausgleich 2007. Schwerpunkt: Gesundheitsfonds, Sankt Augustin (asgard), S. 97–114.

Schmidt P (2007): Die Generikaindustrie zwischen Regulierung und Wettbewerb. In: Ulrich V/Ried W (Hrsg.): Effizienz, Qualität und Nachhaltigkeit im Gesundheitswesen. Festschrift zum 65. Geburtstag von Eberhard Wille, Baden-Baden (Nomos), S. 593–622.

Schulze S/Schwinger A (2008): Verfahren zur Bereinigung der vertragsärztlichen Gesamtvergütung – Verhinderung von Doppelfinanzierung bei Selektivverträgen. Gesundheits- und Sozialpolitik 62 (1), S. 34–45.

Schumacher H/Greiner W (2008): Festbeträge als Instrument der Ausgabensteuerung in der GKV – Systematik der Berechnung und resultierende Wirkungen. Gesundheits- und Sozialpolitik 62 (1), S. 53–64.

Vogelbruch B (1992): Festbeträge für Arzneimittel. Ein neues Instrument zur Kostendämpfung im Gesundheitswesen und sein Einfluss auf das Wettbewerbsverhalten auf dem Arzneimittelmarkt, Duisburger Volkswirtschaftliche Schriften, Bd. 12, Hamburg.

Zok K (2005): Das Arzt-Inanspruchnahmeverhalten nach Einführung der Praxisgebühr. Ergebnisse aus zwei Repräsentativumfragen unter 3.000 GKV-Versicherten. WIdO-Monitor 2 (2), S. 1–7.

Autoren

Prof. Dr. Dieter Cassel

Universität Duisburg-Essen
Lehrstuhl für Allgemeine Wirtschaftspolitik
Lotharstr. 65
47057 Duisburg
E-Mail: dieter.cassel@uni-due.de

Emeritus für Wirtschaftspolitik an der Mercator School of Management (MSM) der Universität Duisburg-Essen, Campus Duisburg. Von 1971 bis 1977 Ordinarius für Volkswirtschaftslehre an der Universität Wuppertal, danach bis 2007 an der Universität Duisburg. 2001 bis 2005 Vorsitzender des Ausschusses für Gesundheitsökonomie der Gesellschaft für Wirtschafts- und Sozialwissenschaften – Verein für Socialpolitik.

Prof. Dr. Ingwer Ebsen

Johann Wolfgang Goethe Universität Frankfurt am Main
Lehrstuhl für Öffentliches Recht insbesondere Sozialrecht
Senckenberganlage 31
60325 Frankfurt am Main
E-Mail: ebsen@jur.uni-frankfurt.de

Seit 1992 Professor für Öffentliches Recht und Sozialrecht an der Universität Frankfurt am Main. Von 1985 bis 1992 Professor für öffentliches Recht und Sozialrecht an der Universität Münster. Seit 2006 Richter im 1. Senat des Hessischen Landessozialgerichts in Darmstadt. Seit Oktober 2006 Vizepräsident der Johann Wolfgang Goethe Universität Frankfurt am Main.

Prof. Dr. Stefan Gress

Hochschule Fulda
Lehrstuhl für Versorgungsforschung und Gesundheitsökonomie
Marquardstr. 35
36039 Fulda
E-Mail: stefan.gress@hs-fulda.de

Studium der Wirtschaftswissenschaft in Bremen und New York. Tätigkeit als Berater von Krankenversicherungen. Promotion im April 2001 an der Universität Bremen. Danach Tätigkeiten als wissenschaftlicher Assistent an den Universitäten Greifswald und Duisburg-Essen. Seit 2007 Professor für Versorgungsforschung und Gesundheitsökonomie im Fachbereich Pflege und Gesundheit der Hochschule Fulda.

Dr. Klaus Jacobs

Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO)
Rosenthaler Str. 31
10178 Berlin
E-Mail: klaus.jacobs@wido.bv.aok.de

Studium der Volkswirtschaftslehre an der Universität Bielefeld und Promotion an der Freien Universität Berlin. Wissenschaftliche Tätigkeiten an der FU Berlin, am Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB) und im Institut für Gesundheits- und Sozialforschung (IGES), Berlin. Seit März 2002 Geschäftsführer des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIdO).

Sabine Schulze

Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO)
Rosenthaler Str. 31
10178 Berlin
E-Mail: sabine.schulze@wido.bv.aok.de

Studium der Volkswirtschaftslehre an der Universität Trier mit den Schwerpunkten Gesundheitsökonomie, Sozialpolitik und Arbeitsmarkttheorie. Seit 2002 wissenschaftliche Mitarbeiterin im Forschungsbereich Gesundheitspolitik und Systemanalysen des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIdO).

Prof. Dr. Jürgen Wasem

Universität Duisburg/Essen
Lehrstuhl für Medizinmanagement
Schützenbahn 70
45127 Essen
E-Mail: juergen.wasem@uni-due.de

Studium der Wirtschafts- und Politikwissenschaften und Promotion an der Universität Köln. Habilitation an der Universität Bielefeld. Referent im Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung. Projektleitung am Max-Planck-Institut für Gesellschaftsforschung. Professuren an der Fachhochschule Köln und den Universitäten München und Greifswald. Seit 2003 Inhaber des Alfred Krupp von Bohlen und Halbach-Stiftungslehrstuhls für Medizinmanagement der Universität Duisburg-Essen, Campus Essen.

