

# WISO

März 2011

# Diskurs

Expertisen und Dokumentationen  
zur Wirtschafts- und Sozialpolitik



## Vertragswettbewerb in der GKV und die Rolle der Selektivverträge

Nutzen und Informationsbedarf  
aus der Patientenperspektive



Gesprächskreis  
Sozialpolitik



Expertise im Auftrag der Abteilung Wirtschafts- und  
Sozialpolitik der Friedrich-Ebert-Stiftung

---

# **Vertragswettbewerb in der GKV und die Rolle der Selektivverträge**

Nutzen und Informationsbedarf  
aus der Patientenperspektive

Robert Paquet

## Inhaltsverzeichnis

---

Abkürzungsverzeichnis	4
Vorbemerkung	5
Einleitung	6
1. Die Idee des Vertragswettbewerbs	10
1.1 Generelle Zielsetzung	10
1.2 Historische Entwicklung: Woher kommt die Idee des Vertragswettbewerbs?	12
1.3 Die Diskussion auf Kassenseite	13
1.4 Pluralität der Kassen als Voraussetzung des Wettbewerbs	15
1.5 Wettbewerbs- und Kartellrecht	17
1.6 Die Rolle des Wettbewerbs und die Probleme aus der Perspektive der Versicherten	18
2. Wo ist die Versorgung durch Kollektivverträge geregelt?	19
2.1 Die ambulante ärztliche Versorgung und das System der Kassenärztlichen Vereinigungen	19
2.2 Die Krankenhäuser	20
2.3 Andere Leistungserbringer mit „Versorgungsauftrag“	21
2.4 Wettbewerb als Lösung der Probleme?	22
3. Die politischen Gründe und der Prozess, mehr Vertragswettbewerb zuzulassen	23
3.1 Qualität im Mittelpunkt	23
3.2 Versorgungsstrukturen	24
3.3 Weichenstellung zum Wettbewerb mit Einzelverträgen	25
3.4 Modernisierung der Versorgung	25
3.5 Überwindung berufsständischer Orientierung	26
3.6 Fortbestehende Effizienzprobleme und politische Hemmnisse für einen konsequenten Vertragswettbewerb	27
4. Welche wettbewerblichen Vertragstypen gibt es im SGB V?	29
4.1 Strukturverträge	29
4.2 Strukturierte Behandlungsprogramme	30
4.3 Integrationsversorgung nach §§ 140a ff.	30
4.4 Weitere Versorgungsbereiche	32

Diese Expertise wird von der Abteilung Wirtschafts- und Sozialpolitik der Friedrich-Ebert-Stiftung veröffentlicht. Die Ausführungen und Schlussfolgerungen sind vom Autor in eigener Verantwortung vorgenommen worden.

5. Die besondere Rolle der Hausarztverträge	34
5.1 Von der allgemeinen Förderung zur zunehmenden Verbindlichkeit	34
5.2 Zuspitzung der Konflikte	35
5.3 Selektivverträge mit Fachärzten	36
5.4 Der politische Kontext und die resultierenden Probleme	37
6. Die Positionen der Akteure zu den Selektivverträgen	39
6.1 Bundespolitik	39
6.2 Bundesländer	39
6.3 Krankenkassen	40
6.4 Leistungserbringer	41
6.5 Wissenschaft	41
7. Perspektive der Patienten	42
7.1 Grundsätzliche Probleme	42
7.2 Ein Beispiel aus der Praxis	43
7.3 Konsequenzen für die Versicherten und Patienten	44
7.4 Der Vorschlag: „Beipackzettel“ für Selektivverträge	47
7.5 Die Umsetzung in „Leitfragen“	47
7.6 Abschließende Überlegungen: „Stiftung Gesundheitstest“?	48
8. Ein vorläufiges Resümee	50
8.1 Anforderungen an die Politik	50
8.2 Förderung des Wettbewerbs	51
8.3 Erste Schritte	52
Literaturverzeichnis	54
Der Autor	56

## Abkürzungsverzeichnis

---

AOK	Allgemeine Ortskrankenkasse
AMG	Arzneimittelgesetz
AMNOG	Arzneimittelmarkt-Neuordnungsgesetz
AVWG	Arzneimittelversorgungs-Wirtschaftlichkeitsgesetz
BDPK	Bundesverband der Privatkrankeanstalten
BKK	Betriebskrankenkasse
BMG	Bundesgesundheitsministerium
DKG	Deutsche Krankenhausgesellschaft
DMP	Disease-Management-Programm
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GG	Grundgesetz
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GKV-FinG	GKV-Finanzierungsgesetz
GKV-OrgWG	GKV-Organisations-Weiterentwicklungsgesetz
GKV SV	GKV Spitzenverband
GKV-WSG	GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz
GMG	GKV-Modernisierungsgesetz
GMK	Gesundheitsministerkonferenz
GSG	Gesundheitsstrukturgesetz
H <sub>z</sub> V	Hausarztzentrierte Versorgung
IKK	Innungskrankenkasse
IQWiG	Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen
IV	Integrierte Versorgung
KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung
KV	Kassenärztliche Vereinigung
Morbi-RSA	Morbiditätsorientierter RSA
MVZ	Medizinisches Versorgungszentrum
RSA	Risikostrukturausgleich
RVO	Reichsversicherungsordnung
SGB	Sozialgesetzbuch
VÄndG	Vertragsarztrechtsänderungsgesetz
2. GKV-NOG	Zweites Gesetz zur Neuordnung von Selbstverwaltung und Eigenverantwortung in der gesetzlichen Krankenversicherung

## Vorbemerkung

Wäre es sinnvoll, auf breiter Basis die kollektivvertraglich gesteuerte Regelversorgung durch Selektivverträge zu ersetzen? Die Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft ver.di und die Friedrich-Ebert-Stiftung haben Dr. Robert Paquet, freier Journalist, damit beauftragt, dieser Frage nachzugehen.

Diese Fragestellung wurde in dem gemeinsamen und noch laufenden Projekt „Soziale Gesundheitswirtschaft“ entwickelt. In dem Projekt wird auf den Zusammenhang von Gesundheit, Wirtschaft, Beschäftigung und Qualifizierung eingegangen. Diesen Zusammenhang hat es schon immer gegeben. Allerdings werden Wachstum der Industrie und der Dienstleister dem Bedarf der Patientinnen und Patienten untergeordnet und so aus politischer und gewerkschaftlicher Perspektive neu akzentuiert.

Im Projekt soll ein Konzept entwickelt werden, das aufzeigt, welche Strategie sowohl zu einer qualitativ höherwertigen gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung führt als auch gute Arbeit und verbesserte Qualifizierung ermöglicht. Es grenzt sich von Überlegungen ab, die ausschließlich Wirtschaftswachstum oder einseitige Einkommenserhöhungen bzw. Umsatzsteigerungen der Leistungsanbieter im Focus haben und daraus ableiten, was zukünftige medizinische Bedarfe sind und wie darauf einzugehen ist.

Zentral sind in unserem Projekt folgende konzeptionellen Überlegungen:<sup>\*</sup>

- Auszugehen ist von einem zunehmenden Bedarf an Dienstleistungen für Gesundheit und Pflege.
- Alle Angebote müssen patientenzentriert sein und die Leistungen und die Versorgung verbessern.

*Herbert Weisbrod-Frey*  
Bereichsleiter Gesundheitspolitik  
ver.di Bundesvorstand, Berlin

- Gute Arbeit und lebenslanges Lernen der Beschäftigten im Gesundheitssystem spielen eine entscheidende Rolle.
- Innovationen müssen auf vernetzte Versorgungsstrukturen (integrierte Versorgung) abgestellt werden.
- Diese Strukturen werden durch einen innovationsfördernden ordnungspolitischen Rahmen mit regionalen bevölkerungsbezogenen Verträgen gefestigt.
- Weitere Überlegungen sind auf die Finanzierung ausgerichtet.

Die Debatte um die Rolle von Selektiv- und Kollektivverträgen ist nicht neu, aber hochaktuell, wie Robert Paquet in seiner Einleitung zu dieser Expertise hervorhebt. Es geht ihm um eine Wettbewerbsordnung, mit der Wirtschaftlichkeitsreserven erschlossen und Qualitätsverbesserungen erreicht werden sollen. Nur aus wessen Sicht und in wessen Interesse? Im Unterschied zu vielen anderen Darstellungen stellt Paquet in seiner Betrachtung die Frage in den Vordergrund, welche der beiden Vertragsformen einen größeren Nutzen für den Patienten hat. Erst daraus wird abgeleitet, welche Bedeutung dies für die anderen Beteiligten im Gesundheitssystem hat, wie z.B. für Krankenkassen, Ärzte und Krankenhäuser.

Die Ausführungen von Robert Paquet zeigen auf, wie schwierig es ist, immer eine eindeutige Aussage zugunsten einer bestimmten Vertragsart zu treffen oder sich für ein kreatives Nebeneinander von Selektiv- und Kollektivverträgen auszusprechen. Wir bedanken uns bei ihm für sein Engagement und die konstruktive Zusammenarbeit.

*Peter König*  
Leiter Gesprächskreis Sozialpolitik  
Friedrich-Ebert-Stiftung

<sup>\*</sup> Im Rahmen dieses Projektes der Abteilung Wirtschafts- und Sozialpolitik der Friedrich-Ebert-Stiftung sind bisher in der Veröffentlichungsreihe WISO Diskurs erschienen: Glaeske, Gerd 2011: Patientenorientierung in der medizinischen Versorgung; Greß, Stefan 2010: Investitionsförderung für eine soziale und innovative Gesundheitswirtschaft – Bewertung unterschiedlicher Optionen; Zwiener, Rudolf 2011: Finanzierungsalternativen für zusätzliche Gesundheitsausgaben.

## Einleitung

---

Das Gesundheitssystem steht unter permanentem Druck, die Qualität seiner Leistungen und die Effizienz der Versorgungsprozesse zu steigern. Dabei kommt dem *Wettbewerb* eine besondere Bedeutung zu. Dabei ist unmittelbar nachvollziehbar, dass die Kassen als Dienstleistungsunternehmen um die Versicherten konkurrieren und die Leistungserbringer im Wettbewerb um Patienten stehen. Weniger offensichtlich und im öffentlichen Bewusstsein kaum verankert ist die Tatsache, dass die Beziehungen zwischen den Krankenkassen und den Leistungsanbietern über Verträge geregelt sind und dass diese Verträge ebenfalls Gegenstand des Wettbewerbs sein können. Dabei ist der Wettbewerb als Instrument gedacht, das mit dem Ziel einer patientenorientierten Qualitäts- und Effizienzverbesserung eingesetzt werden soll. Ein zunehmend differenzierter Vertragswettbewerb soll zur Produktivitätssteigerung der Gesundheitsversorgung dienen.

Ein zentrales Thema für die Weiterentwicklung des Gesundheitswesens und der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) ist daher die Rolle der Selektivverträge, die seit rund einem Jahrzehnt möglich sind. Eine besondere versorgungspolitische Bedeutung und politische Brisanz bekommen sie, wenn sie nicht nur *ergänzende* Leistungen regeln, sondern an die Stelle der kollektivvertraglich gesteuerten „Regelversorgung“ treten. Die damit zusammenhängenden Fragen sind weniger spektakulär und publikumswirksam als die Auseinandersetzung mit den Finanzierungsfragen der GKV (Stichwort: Kopfpauschale, Zusatzbeitrag, Sozialausgleich, Selbstbeteiligung etc.). Sie sind für die Zukunft des Systems jedoch nicht weniger bedeutsam. Das Spannungsfeld zwischen Selektiv- und Kollektivvertrag und die damit zusammenhängenden konzeptionellen Probleme sollen daher im Folgenden erörtert werden. Dabei ist die Kontroverse in der gesundheitspolitischen Fachöffentlichkeit bereits voll entbrannt und die inte-

ressierten bzw. betroffenen Akteure und Interessengruppen diskutieren heftig auf allen Niveaus.

Ein Aspekt, der in diesen Debatten eine eher untergeordnete Rolle spielt, soll hier stärker berücksichtigt werden: Es ist die Frage, welche Bedeutung diese Auseinandersetzung für die Versicherten und Patienten hat und welche Chancen, Anforderungen und Probleme sich aus ihrer Perspektive durch die Zunahme der Selektivverträge ergeben. Insbesondere ist zu fragen, ob und wie weit Selektivverträge den Patienten im Hinblick auf eine patientenorientierte und qualitätsgesicherte Versorgung nützen und wie weit sie innovative bzw. besser integrierte Versorgungsformen unterstützen.

### Kollektiv- und Selektivverträge – Worum geht es überhaupt?

Im System der gesetzlichen Krankenversicherung ist die Bereitstellung der medizinischen Versorgung seit etwa 50 Jahren grundsätzlich in *Kollektivverträgen* geregelt. Jeder Versicherte hat unabhängig von seiner Kassenzugehörigkeit Zugang zu allen Ärzten, die im Rahmen der Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) zur GKV-Versorgung zugelassen sind. Unter ihnen hat er die freie Arztwahl. Analog gilt für die Krankenhäuser, dass er bei Bedarf alle versorgungsrelevanten Einrichtungen in Anspruch nehmen kann.

In beiden Fällen werden die Leistungen als Sachleistung erbracht, d. h. der Versicherte muss nicht in finanzielle Vorleistung treten (mit nachfolgender Kostenerstattung durch seine Kasse), sondern die Vergütung der Leistungserbringer erfolgt direkt durch die Krankenkassen. Eine Differenzierung in der Versorgung nach Kassenzugehörigkeit der Versicherten fand bis vor kurzem nur in wenigen Ausnahmefällen statt, wenn beispielsweise einzelne Krankenkassen mit bestimmten

(auch z. B. regional begrenzten) Ärztegruppen oder einzelnen Leistungserbringern Verträge über besondere Vorsorgeleistungen oder zusätzliche Qualitätsaspekte der Behandlung geschlossen hatten. Es ging dabei regelmäßig um ein „Mehr“, ein add-on gegenüber der Regelversorgung, die durch solche Verträge im Grunde unberührt blieb.

Mit den *Selektivverträgen* neuen Typs existiert seit rund zehn Jahren eine potenziell bahnbrechende Entwicklungsmöglichkeit. Durch Selektivverträge einzelner Kassen mit niedergelassenen Ärzten (und zum Teil unter Beteiligung von Krankenhäusern) kann die Regelversorgung des Kollektivvertrages nunmehr partiell oder sogar vollständig ersetzt werden. Ein Beispiel für die Konstruktion dieser Vertragsformen sind die Arzneimittel-Rabattverträge, bei denen die Versicherten einer Kasse im Bereich der wirkungsgleichen Arzneimittel (Generika) in der Apotheke nur noch die Präparate erhalten, für die ihre jeweilige Kasse einen speziellen Vertrag mit dem Hersteller abgeschlossen hat. Dabei sind die Auswirkungen in diesem Bereich vergleichsweise unproblematisch, da es hier bisher (fast) ausschließlich um Preisdifferenzierung für an sich gleiche bzw. gleichwertige Medikamente geht.<sup>1</sup> Komplizierter wird die Sache, wenn man die Möglichkeiten der Selektivverträge im Bereich der ambulanten ärztlichen (und erst recht der stationären) Behandlung ins Auge fasst. Für die ambulante ärztliche Versorgung wird das Beispiel der Hausarztverträge in einem gesonderten Kapitel beschrieben.

Die aktuelle politische Kontroverse dreht sich um die Grundsatzfrage, welchen Stellenwert die Selektivverträge haben sollten. Ob sie nur einen ergänzenden, zusätzlichen und der Erprobung neuer Verfahrensweisen oder Versorgungsformen dienenden Charakter haben sollen, oder ob sie tatsächlich auf breiter Front die Regelversorgung ersetzen, d. h. „substitutiv“ wirken sollen. Diese Frage wird zur Zeit am Beispiel der *Hausarztverträge* vehement ausgefochten. Dabei wird die Diskussion dadurch verkompliziert, dass gerade

diese Verträge im Gesetz zwar formal als Selektivverträge, d. h. den Kollektivvertrag sprengend angelegt sind, aber gleichzeitig ihr Abschluss mit einem *Monopolisten* vorgeschrieben wird. Das führt dazu, dass erstens die Debatte um den Sinn des Vertragswettbewerbs mit der Frage nach dem Stellenwert eines (mehr oder weniger verpflichtenden) *Primärarztsystems* einhergeht und zweitens mit einer Diskussion über das Wettbewerbs- und Kartellrecht und andere Grundsatzfragen der Wettbewerbsordnung verbunden wird.

Hinzu kommt, dass in die Kontroverse um die Selektivverträge regelmäßig zwei weitere Probleme hineinwirken:

- Das Thema der „hausarztzentrierten Versorgung“ (wie der technische Begriff im SGB V heißt) wird meist verknüpft mit dem Problem eines tatsächlichen oder vermeintlichen *Ärztemangels* vor allem in der ambulanten (haus-)ärztlichen Versorgung (und damit faktisch verbunden mit dem gesamten Fragenkomplex der vertragsärztlichen Bedarfsplanung bzw. des sogenannten Sicherstellungsauftrags).
- Die Frage des „Wettbewerbs“ zwischen dem ambulanten und dem stationären Sektor der Leistungserbringung ist ebenfalls seit vielen Jahren ein neuralgischer Punkt des Gesundheitswesens. Sie ist wiederum mit dem Thema der Integrationsbemühungen, d. h. um sektorübergreifende Versorgungsmodelle im Rahmen sogenannter *„Integrationsverträge“*, einem anderen Typus von substitutiven Selektivverträgen, verbunden. Beide Seiten, die Krankenhäuser und die niedergelassenen Ärzte, kämpfen um Anteile an der ambulanten Versorgung.

Die alte Bundesregierung hatte mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) ein klares Bekenntnis zum Vorrang von Selektivverträgen abgelegt. Die neue Bundesregierung hat das nun (halbherzig) revidiert und verhält sich widersprüchlich. So hat sie den Kassenärztlichen Vereinigungen zwar das Überleben garantiert, aber den Zwang zum Abschluss von Hausarztverträgen

1 Hier kommen die fundamentalen Unterschiede zwischen Produkten und Dienstleistungen zum Tragen. Für die Arzneimittelversorgung existiert nur insofern ein Kollektivvertrag, als alle Kassen gemeinsam und einheitlich mit den Apothekerverbänden die Liefer- und Abgabebedingungen für Arzneimittel geregelt haben. Von denen weichen die Rabattverträge allerdings ab.

nach § 73b SGB V beibehalten. Auch die übrigen Ausstiegsmöglichkeiten aus den klassischen Kollektivverträgen wurden zunächst nicht angetastet. Das wirft verschiedene Probleme auf, die zum Teil die Kernfunktionen der KVen in Frage stellen. Das betrifft z. B. Fragen der Honorarverteilung ebenso wie die Aufgabe der Qualitätssicherung. Vor allem aber ist der Sicherstellungsauftrag in Frage gestellt, der durch die aktuelle Diskussion über die Gefahren regionaler Unterversorgung mit Haus-, aber auch Fachärzten, wieder in den Mittelpunkt des Interesses (auch vieler Landesregierungen) gerückt ist.

Alle diese Fragen berühren zwangsläufig die Funktion und Rolle bzw. Machtposition der betroffenen Akteure im Gesundheitswesen. Es geht um Interessen und um viel Geld. Grob gesagt, werden durch die ernsthafte Ausweitung von Selektivverträgen die Sachwalter des Kollektivvertragssystems, d. h. die Kassenärztlichen Vereinigungen und auch die Krankenhausgesellschaften, geschwächt. Jeweils bestimmte Leistungserbringer (z. B. bestimmte Ärztgruppen und einzelne Krankenhaus-Betreiber) rechnen sich umgekehrt positive Chancen aus. Einzelne (vor allem größere) Krankenkassen sehen in echten Selektivverträgen die Möglichkeit, für ihre Versicherten eine qualitativ verbesserte *und* wirtschaftlichere Versorgung zu organisieren. Wo diese Tendenzen ihre Grenzen haben (bzw. haben müssen) und weiterhin eine allgemeingültige Basisversorgung<sup>2</sup> sichergestellt werden muss, ist jeweils (sektorspezifisch) zu diskutieren.

Bei einer solchen Ausweitung des Wettbewerbs wird es auf allen Seiten Gewinner und Verlierer geben. Dabei sollen die Patienten zwar möglichst immer auf der Gewinnerseite sein. Trotzdem besteht regelmäßig im Gesundheitswesen (und auf allen seinen Ebenen) die Gefahr, dass *Risikoselektion* stattfindet. Entsprechende Tendenzen gibt es jedoch nicht nur bei Selektivverträgen, sondern auch beim Kollektivvertrag und in staatlichen Gesundheitssystemen. Solche Tendenzen müssen jeweils mit spezifischen Maßnah-

men in Schach gehalten werden. Diese Fragen und die Probleme des Gegeneinander, aber auch des Miteinander von Kollektiv- und Selektivverträgen, vor allem in der ambulanten ärztlichen Versorgung („Doppelstandard“), werden die gesundheitspolitische Debatte noch auf Jahre hinaus bestimmen.

## Vorschau und ein vorweggenommenes Ergebnis

Im ersten Kapitel wird das theoretische Konzept des Vertragswettbewerbs erläutert und historisch nachvollzogen, wie es sich in der GKV-Diskussion durchgesetzt hat. Im zweiten Kapitel wird dargestellt, wie Regelversorgung im Rahmen der bisherigen Kollektivverträge gestaltet ist. Im dritten Kapitel werden die Gründe und der politische Prozess dargestellt, mehr Vertragswettbewerb in der GKV zuzulassen. Im vierten Kapitel erfolgt ein Überblick über die gegenwärtig bestehenden selektivvertraglichen Vertragsmöglichkeiten. Im fünften Kapitel wird auf die besondere Rolle und die besonderen Probleme der Hausarztverträge in diesem Zusammenhang eingegangen. Im sechsten Kapitel werden die Positionen der relevanten politischen Akteure zum Verhältnis von Kollektiv- und Selektivverträgen skizziert. Im siebten Kapitel wird näher auf die Perspektive der Patienten dazu eingegangen. Im achten Kapitel wird ein vorläufiges Resümee gezogen und werden einige Vorschläge zur Weiterentwicklung des selektivvertraglichen Wettbewerbs gemacht.

Bei der Beschreibung des politischen Prozesses der Einführung von mehr Versorgungswettbewerb fließen verschiedene Motive der Beteiligten zusammen. Eine gewisse Vermischung der Ebenen, die bei einer systematischen, z. B. ordnungspolitischen Analyse zu trennen wären, ist dabei unvermeidlich, spiegelt jedoch die reale Entwicklung wider. Jedenfalls kann sich der Autor dem als vielfach Beteiligter nicht entziehen.

2 Was in diesem Zusammenhang nichts mit einer Einschränkung des Leistungskatalogs zu tun hat.

Ausgeklammert bleiben weitgehend die Fragen der Honorierung der Leistungserbringer und das Problem der Bedarfsplanung bzw. des Sicherstellungsauftrags, obwohl diese Fragen praktisch oft sehr eng mit dem Vertragswettbewerb verknüpft sind. Auch auf die arbeitsmarkt- und beschäftigungspolitischen Aspekte einer wettbewerblichen Differenzierung der Vertragslandschaft wird hier nicht näher eingegangen, um den Rahmen der Darstellung nicht zu sprengen. Dabei liegt es auf der Hand, dass eine wettbewerbliche Entwicklung des Gesundheitswesens im Zusammenhang mit einer Produktivitätssteigerung in Zukunft höhere Ansprüche an die Qualifikation und Kooperationsfähigkeit der Beschäftigten stellen wird. Insbesondere die Entwicklung von sektor- und professionsübergreifender *Teamfähigkeit* ist gefordert. Der damit zusammenhängende Qualifikations- und Weiterbildungsbedarf wird erheblich sein.

Dass in dieser Ausarbeitung nicht alle Probleme gelöst werden können und daher im Ergebnis eher Fragen gestellt als beantwortet wer-

den, liegt auf der Hand. Aber der Autor hält daran fest, dass wenn der Wettbewerb der Krankenkassen einen Sinn haben soll, dass es dann auch einen substitutiven Vertragswettbewerb geben sollte. Das führt zwangsläufig zu entsprechenden Zumutungen an die Leistungserbringer und Versicherten. Die gesellschaftliche Entwicklung bringt jedoch unwiderruflich immer weitere Differenzierungen hervor, was das Leben komfortabler und reicher macht, aber auch komplizierter. Dem kann sich auf Dauer auch das Gesundheitswesen nicht entziehen. Daher wird es auf mittlere und lange Sicht unterschiedliche Strukturen und Vertragsmodelle in der Versorgung geben. Unter Gerechtigkeitsaspekten wird es demzufolge für „effizientere“ Versorgungsformen auch differenzierte Wahltarife geben müssen. Denn es wäre nicht akzeptabel, dass sich diejenigen Versicherten, die beispielsweise auf das Recht der freien Arztwahl verzichten und sich „steuern“ lassen, von den entsprechenden Effizienzgewinnen ausgeschlossen werden.

# 1. Die Idee des Vertragswettbewerbs

## 1.1 Generelle Zielsetzung

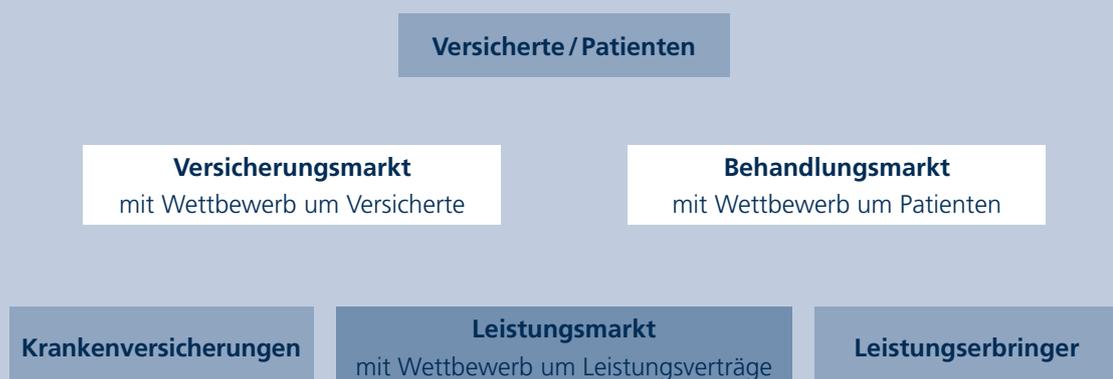
Die Bedeutung der Selektivverträge und ihr Spannungsverhältnis zur kollektivvertraglich geregelten Versorgung muss vor dem konzeptionellen Hintergrund des Vertragswettbewerbs in der GKV betrachtet werden. Auch in der Gesundheitsversorgung kann nach diesem Konzept durch Wettbewerb mehr Qualität und Effizienz gefördert werden.<sup>3</sup> Der Wettbewerb ist dabei gedacht als ergebnisoffener Such- und Entdeckungsprozess, in dessen Verlauf sich eine optimale Faktorallokation und marktleistungsgerechte Preise einstellen sollen. Das bezieht sich vor allem auf die Organisation der Versorgungsangebote und ihr Zusammenspiel. Dabei sollen nicht-effiziente Anbieter ausscheiden. Der medizinisch-technische Fortschritt soll im Sinne der Behandlungseffizienz

wirken. Außerdem ermöglicht der Wettbewerb die Orientierung an den Präferenzen der Versicherten bzw. Patienten und ermöglicht damit ein höheres Maß an Konsumentensouveränität.

Dabei besteht eine enge Verknüpfung zwischen dem Vertragswettbewerb und dem Wettbewerb im Versicherungsmarkt. Die Krankenkassen sollen durch den günstigen Einkauf der Versorgungsleistungen und ihre sinnvolle Kombination – das ist die Grundidee aller Managed-Care-Modelle – günstige Beitragssätze ermöglichen. Gleichzeitig beeinflussen sie damit den Behandlungsmarkt. Im Ergebnis sollen sie so im Wettbewerb untereinander für eine möglichst gute Versorgung zu tragbaren Preisen sorgen. In diesem Sinne ist der Vertragswettbewerb als „Effizienzmaschine“ konzipiert<sup>4</sup>. Dahinter steht auch die Vorstellung, dass das Kollektivvertragssystem

Abbildung 1:

### Ansatzpunkte für Wettbewerb in der Gesundheitsversorgung und Krankenversicherung



Quelle: Cassel, Ebsen, Greß, Jacobs, Wasem 2008.

3 Im Sinne der patientenorientierten Versorgung, vgl. besonders Glaeske 2011, Kapitel 1 und 2.

4 So Robert Paquet und Jürgen Wasem in ihren Referaten bei der Tagung der Gesellschaft für Sozialen Fortschritt „Kollektivverträge und Selektivverträge in der ambulanten ärztlichen Versorgung“ am 17.7.2010 in Berlin.

für sich genommen, d. h. ohne wettbewerbliche Stimulation von außen, wenig reformfreudig im Sinne von Qualität und Effizienz ist.

In der politischen Diskussion werden die verschiedenen Ansatzpunkte für Wettbewerb ganz unterschiedlich bewertet. Nach den Vorstellungen der Zahnärzte, der pharmazeutischen Industrie und in Teilen der Ärzteschaft sowie in großen Teilen der FDP und der CDU/CSU wird ein Wettbewerb auf dem Leistungsmarkt äußerst skeptisch gesehen bzw. abgelehnt. Der Wettbewerb auf dem Behandlungsmarkt soll im Zentrum stehen und der Wettbewerb auf dem Versicherungsmarkt soll ihn flankieren. Demgegenüber wollen der größte Teil der GKV, die Mehrheit der SPD und der GRÜNEN sowie die meisten Gesundheitsökonominnen die skizzierte Konzeption des Vertragswettbewerbs ins Zentrum rücken und dem Wettbewerb auf dem Behandlungsmarkt nur eine untergeordnete Rolle zumessen (vgl. Cassel et al. 2008).

Natürlich gibt es auch für diesen Wettbewerb Grenzen. Die Probleme der Notfallversorgung und der Organisation der ambulanten ärztlichen Versorgung in dünn besiedelten Gebieten sollen hier nur exemplarisch angeführt werden. Trotzdem lohnt es sich, den Wettbewerbsmechanismus im „ausgebauten“ Modell des Selektivvertragswettbewerbs näher zu betrachten.

Im „ausgebauten Modell“ würden Selektivverträge die heutigen Kollektivverträge komplett ersetzen. Die Kassen würden auf dieser Basis mit einem attraktiven Verhältnis aus Preis (= ggf. Zusatzbeitrag) und Leistung um die Versicherten konkurrieren. Die Versicherten würden in diesem Rahmen ihre Kassen wählen und sich damit auch auf deren Versorgungsmodelle festlegen. Eine Wahlfreiheit zu den Leistungserbringern bestünde nur noch im Rahmen der Vertragskonstruktion ihrer Kasse. Es gäbe einen qualitäts- und effizienzorientierten Wettbewerb der Leistungserbringer um Versorgungsverträge mit den Kassen

statt der automatischen Zulassung wie bisher. Der Sicherstellungsauftrag würde sektorübergreifend auf die Kassen übergehen; sie wären verpflichtet, für ihre Versicherten (morbiditätsadjustiert) hinreichende Leistungsmengen einzukaufen (auf Basis z. B. von Kriterien des Gemeinsamen Bundesausschusses). Die Bundesländer wären zu einem kontinuierlichen Monitoring der Versorgung verpflichtet und erhielten wirksame Interventionsmöglichkeiten bei unzureichender Wahrnehmung der Sicherstellungsverpflichtung durch die Kassen.<sup>5</sup>

Die aktuelle Situation ist jedoch durch *eine Koexistenz der Selektivverträge mit dem Kollektivvertragssystem* gekennzeichnet. Für ihre Beschreibung ist dabei zunächst einmal gleichgültig, ob man diese Situation als Übergangsstufe für das „ausgebaute“ Modell begreift oder ob man Letzteres für zu weitreichend hält und ohnehin auf den dauerhaften Fortbestand eines Mischsystems setzt. So gibt es heute für die Kassen verschiedene Möglichkeiten, Selektivverträge substitutiv oder additiv zu den Kollektivverträgen zu schließen (vgl. Kapitel 4 und 5). Dabei geht die Sicherstellung im Umfang der substitutiven Selektivverträge auf die Krankenkassen über. Bereinigungsverfahren verhindern Doppelzahlungen bei substitutiven Selektivverträgen im Geltungsbereich der Gesamtvergütung. Solche Verträge sind für Krankenkassen in finanzieller Hinsicht insbesondere dann interessant, wenn Ausgaben für veranlasste Leistungen Dritter eingespart werden können. Für Leistungserbringer sind sie interessant, wenn sie finanziell attraktiver als der Kollektivvertrag sind (entweder durch höhere Vergütungen oder durch die Aussicht auf größere Patientenzahlen).

Auch bei diesem Modell sind durch Selektivverträge erhebliche Effizienzgewinne möglich. Allerdings müssen dazu verschiedene Probleme gelöst werden, die gegenwärtig den Vertragswettbewerb noch behindern bzw. disfunktional darauf wirken.

5 In einem solchen Aufsichtsmodell hätten die Länder eine viel größere Verantwortung als heute. Sie müssten sich dabei auch wirklich neutral gegenüber den Interessen aller beteiligten Krankenkassen sowie der Krankenhäuser und der beteiligten Ärztegruppen verhalten.

## 1.2 Historische Entwicklung: Woher kommt die Idee des Vertragswettbewerbs?

Vertragswettbewerb im beschriebenen Sinne war für die Kassen ursprünglich nicht geplant und im System der gesetzlichen Krankenversicherung nicht vorgesehen.<sup>6</sup> Bis zum Beginn der 1990er Jahre gab es zwar einen (schlecht geordneten) Versicherungswettbewerb zwischen den Kassen. Die Verträge zur Leistungserbringung waren jedoch weitgehend einheitlich. Die segmentierten Wahlmöglichkeiten innerhalb des bis dahin geltenden berufsständischen Zuweisungssystems führten allerdings zu einer sich selbst verstärkenden Verzerrung der Wettbewerbsbedingungen zwischen den Kassen und zu zunehmenden Konflikten innerhalb des Kassenlagers. Sie resultierten im Gesundheitsstrukturgesetz (GSG), das den Wettbewerb zwischen den Krankenkassen auf eine neue Grundlage gestellt hat.

Im Ergebnis dieses Versicherungswettbewerbs sanken die Mitgliederzahlen der AOKen und parallel dazu stiegen ihre Beitragssätze. Umgekehrt wuchsen die Ersatzkassen bei unterdurchschnittlichen Beitragssätzen. Die extremen Beitragsentwicklungen bei einigen AOKen erhöhten schließlich den Druck auf die Politik, die Finanzierungsverhältnisse zwischen den Kassen der GKV neu zu ordnen. Das GSG trug dem 1993 mit der Einführung des Risikostrukturausgleichs (RSA) zwischen den Kassen Rechnung.<sup>7</sup>

Dabei war die Entscheidung für mehr Wettbewerb und Wahlfreiheit der Kassenmitglieder im Vorfeld keineswegs angelegt und politisch kaum vorbereitet. Allerdings wäre es umgekehrt kaum möglich gewesen, den Ersatzkassenmitgliedern bzw. den Angestellten die bereits bestehende Wahlfreiheit zu nehmen und sie wieder einem Zuweisungssystem zu unterwerfen. Insoweit folgten die Gesundheitspolitiker im Kompromiss von Lahnstein<sup>8</sup> mehr einer *politischen* Logik als ihrer

grundlegenden Überzeugung. Die Konsequenz war die Einführung der Wahlfreiheit für *alle* GKV-Mitglieder und die Öffnungsmöglichkeit der BKK und IKK für Betriebsfremde, die ab 1996 wirksam wurde.

Der RSA und die damit bewirkten Beitragssatzveränderungen bzw. -angleichungen lösten massive Konflikte zwischen den Krankenkassen und eine Intensivierung ihres Wettbewerbs aus. Außerdem wirkte die 1996 einsetzende Wahlfreiheit der Versicherten in die gleiche Richtung und forcierte vor allem den Beitragssatz- und Service-Wettbewerb. Das Bewusstsein wurde immer mehr sensibilisiert für die möglichen Gründe von Beitragssatzunterschieden bzw. von Wahlentscheidungen der Versicherten. Im Ergebnis entwickelte sich zunächst bei der GKV die Erkenntnis, dass der Wettbewerb leer lief, wenn die Kassen nicht kassenindividuelle Gestaltungsmöglichkeiten für die Versorgung bzw. ihre Kosten erhielten. Konsequenz war nach diesen Überlegungen die Forderung nach der Einführung des Wettbewerbs auch auf Seiten der Leistungserbringer und die Ermöglichung von differenzierten Bedingungen des „Einkaufs“ durch die Kassen. Seitdem ging es um die Forderung der Kassen nach Möglichkeiten zum Vertragswettbewerb.<sup>9</sup>

Damit war die Diskussionslage für die Gesundheitspolitik nach dem GSG neu konfiguriert. Die Krankenkassen standen in verschärftem Wettbewerb, der sich auch nicht mehr an den sektoralen Grenzen der Kassenarten orientierte,<sup>10</sup> die Leistungserbringer wurden in ihren öffentlich-rechtlichen Kartellen angegriffen. Die Politik, die sich nur nolens-volens auf das Wettbewerbs-Experiment eingelassen hatte, sah sich nunmehr sukzessive gezwungen, mit dem Wettbewerb auch auf der „anderen Seite“, d. h. bei den Leistungsanbietern, ernst zu machen. Mit dem Wechsel zur rot-grünen Koalition wurde dieser Bewusstseinswandel nach und nach zur Grundlage der praktischen Politik.

6 Vgl. ausführlich Paquet 2009: 118 ff.

7 Zur Vorgeschichte des RSA vgl. Reiners 2006.

8 Dort fanden im Spätsommer 1992 die entscheidenden Verhandlungen zum GSG statt.

9 ARGE GKV 1994.

10 Aus der Perspektive der wahlberechtigten Versicherten hatten die „Kassenarten“ ohnehin schon ihre Plausibilität verloren. Bei der Wahl zwischen einer AOK, einer Ersatzkasse oder einer geöffneten BKK bzw. IKK spielte nicht die *Kassenart* eine Rolle, sondern der Beitragssatz, der Service und die Zusatzleistungen der *einzelnen* Kasse und generell ihr werbliches Image.

Ohne Anspruch auf Vollständigkeit sollen dazu nur wenige Stichworte gegeben werden: Durch die Einführung der Disease-Management-Projekte (DMP), in Verbindung mit massiven finanziellen Anreizen aus dem RSA, wurden die Kassen zum ersten Mal in großem Stil zu eigenständigen Vertragsinitiativen (vorzugsweise noch vermittelt über die Kassenverbände und in Vertragspartnerschaft mit den KVen) veranlasst. Durch das GKV-Modernisierungsgesetz (GMG) wurden die Einzelvertragsrechte der Kassen weiter gestärkt (Einführung der Integrierten Versorgung etc.). Durch die Einführung der Fallpauschalen für die Vergütung der Krankenhausleistungen wurden die prinzipiellen Voraussetzungen für einen künftigen Preiswettbewerb im stationären Sektor geschaffen. Mit den Arzneimittel-Rabattverträgen durch das Arzneimittelversorgungs-Wirtschaftlichkeitsgesetz (AVWG) wurde 2006 der Wettbewerb auf einen wichtigen Leistungssektor ausgedehnt, in dem bislang für die gesamte GKV völlig einheitliche Konditionen galten etc. Dieser Prozess findet mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) seinen vorläufigen Höhepunkt.

Der Wettbewerb, der ein Wettbewerb der *einzelnen* Kassen ist, löst allmählich, aber zwangsläufig die Kassenarten – als bislang strukturierendes Gliederungsprinzip in der GKV – auf. Der Vertragswettbewerb, in dem die einzelnen Kassen wirtschaftliche Erfolge erringen müssen, erfordert in der Konsequenz auch die Lockerung, wenn nicht die Auflösung der einheitlichen, korporativen Strukturen auf der Seite der Leistungsanbieter, d.h. der künftigen Vertragspartner. Das GKV-WSG nimmt den Vertragswettbewerb so ernst wie es noch nie ein Gesetz getan hat. Die *gemeinsamen* Interessen der GKV können daher auch logischerweise nicht mehr von Teilverbänden, schon gar nicht mehr gegliedert nach Kassenarten wahrgenommen werden.

Die ursprünglich von der Politik nur widerwillig aufgegriffene Logik des Wettbewerbs, d.h. ein neues Paradigma der Gesundheitspolitik zur Herstellung von Effizienz, hat in seiner Eigengesetzlichkeit dazu geführt, dass die seit der Nachkriegszeit stabilen Akteurskonstellationen bei Kassen und Leistungsanbietern seit Mitte der neunziger Jahre massiv in Bewegung geraten sind.

Die mit dem GKV-WSG vorgenommenen Organisations- und Strukturreformen, insbesondere die Einrichtung des GKV-Spitzenverbandes, folgten somit – im Großen und Ganzen – nur diesen immanenten Zwängen.

### 1.3 Die Diskussion auf Kassenseite

Das Gesundheitsstrukturgesetz 1993 markierte einen *Paradigmawechsel* in der GKV-Politik. Vor allem die Krankenkassen suchten nach neuen Wegen, um die Stabilität der sozialen Krankenversicherung bei einem qualitativ hochwertigen Versorgungsniveau sicherzustellen. Im bereits erwähnten Konzept einer „Solidarischen Wettbewerbsordnung“ haben die Kassen im September 1994 den Vertragswettbewerb als „Königsweg“ für die künftige Reformpolitik proklamiert. Die damaligen Überlegungen haben in vieler Hinsicht ihre Aktualität behalten. Das belegt exemplarisch das jüngste Hauptgutachten der Monopolkommission (2010: 433 ff.), die sich bei ihrem konzeptionellen Vorschlag für mehr Wettbewerb in der Gesundheitsversorgung auf den Text der damaligen GKV-Spitzenverbände beruft.

Nach Auffassung der ARGE GKV im Jahr 1994 hätten die Kostendämpfungs- und Regulierungsbemühungen der beiden vorausgegangenen Jahrzehnte immer nur kurzfristige Wirkungen gezeigt. Nach der Devise „Rationalisierung vor Rationierung“ sollten die im System vorhandenen Wirtschaftlichkeitsreserven mobilisiert werden. Dabei ginge es bei der Nutzung der effizienzsteigernden Wirkung des Wettbewerbs nicht um ein marktwirtschaftliches System im Sinne einer völligen Liberalisierung der Beziehungen im Gesundheitswesen. Der Besonderheit des Gutes Gesundheit und der Solidarfunktion der Krankenkassen müsse Rechnung getragen werden. „Die verstärkte wettbewerbliche Orientierung im Rahmen des Konzeptes einer solidarischen Wettbewerbsordnung basiert auf den bewährten Säulen der sozialen Krankenversicherung, nämlich Solidarität, Sachleistungsprinzip, Vielfalt und Selbstverwaltung.“ (ARGE GKV 1994: 15) Risikostrukturausgleich und Wahlfreiheit der Mitglieder werden als Grundlagen für gleiche Startchan-

cen der Kassen akzeptiert. Die einheitliche Festlegung des Leistungskatalogs der gesetzlichen Krankenversicherung wird als notwendig anerkannt, da ansonsten ein kostentreibender Wettbewerb zu befürchten wäre.

Die zentralen Formulierungen sollen hier im Original wiedergegeben werden: „Kernbereich des Wettbewerbs ist die Vertragspolitik, da hier primär die Bedingungen der Erbringung von Leistungen bestimmt werden. Es wird in einem derartigen System darauf ankommen, möglichst wirtschaftliche und qualitativ hochwertige Formen der Leistungserbringung zu entwickeln. Im Rahmen einer wettbewerblich orientierten Krankenversicherung dient die Vertragspolitik in erster Linie dazu, optimale Vertragslösungen anzustreben, d.h. einerseits Wirtschaftlichkeitsreserven zu erschließen, andererseits die Qualität der Versorgung zu sichern und zu verbessern. Auf der Suche nach optimalen Vertragslösungen sollte jede *Kassenart* (Hervorhebung rp) eigenständige Wege vereinbaren und damit letztlich das System der gesundheitlichen Versorgung insgesamt vorantreiben können.“ (ARGE GKV 1994: 16) Die *solidarische Wettbewerbsordnung* sollte dafür den einheitlichen Rahmen abgeben, das Solidarprinzip sicherstellen und qualitative Mindeststandards absichern.

Angegriffen werden die „monopolisierten bzw. kartellierten Strukturen im Gesundheitswesen“ und die „marktbeherrschende Stellung“ vor allem der Organisationen der Leistungsanbieter (ebenda). Notwendig sei die Erweiterung der Handlungsmöglichkeiten der beteiligten Vertragspartner. „Weder Monopole noch eine Atomisierung des Marktes können adäquate Lösungen darstellen.“ Eine Neudefinition der Funktion der Kassenärztlichen Vereinigungen sei erforderlich; ihre heutige Monopolstellung könne nicht aufrechterhalten bleiben. Gerade dem ambulanten Bereich komme eine herausragende Bedeutung zu; „allerdings sollten sektorübergreifende Kooperations- und Koordinationsmodelle die heutige strenge sektorale Gliederung überwinden helfen.“ (ARGE GKV 1994: 17)

In der ambulanten ärztlichen Versorgung verlangten die unterschiedlichen gesundheitlichen und sozialen Bedürfnisse der Versicherten „eine zumindest partielle Neudefinition der Versorgungsaufgaben und eine *Differenzierung der Versorgungsangebote*“ (ARGE GKV 1994: 17). Der Wettbewerb sei kein Selbstzweck, sondern müsse als Instrument zur Erreichung der sozialpolitischen Ziele der GKV eingesetzt werden. Ein „lediglich kostentreibender Wettbewerb“ sollte von vornherein ausgeschlossen werden. Die Anreizsysteme müssten auf „Bedarfsgerechtigkeit, Wirtschaftlichkeit und Qualität“ ausgerichtet sein (ARGE GKV 1994: 18). Es gehe um die Flexibilisierung der Versorgungsformen und der Formen der Leistungserbringung. Das schließe unterschiedliche Vergütungsstrukturen und Vergütungshöhen ein. Vor allem kooperative Praxisformen (Praxisgemeinschaften, Gemeinschaftspraxen, Zwischenformen zwischen ambulanter und stationärer Versorgung) sollten gefördert werden, ebenso wie die „Öffnung der Krankenhäuser für die ambulante (fachärztliche) Versorgung“ (ARGE GKV 1994: 19). Zu fördern sei die Entwicklung von „Versorgungsnetzen“, die insbesondere eine integrative Versorgung für chronisch Kranke leisten sollten<sup>11</sup>. Aber auch ein hausarztzentriertes „Lotsenmodell“ wird als Entwicklungsmöglichkeit angesprochen. „Die Flexibilisierung der Versorgungsformen erfordert eine Differenzierung der Vergütungsformen.“ (ARGE GKV 1994: 20) Dabei seien „kombinierte Budgets“ denkbar, in die auch die Kosten der ärztlich veranlassten und verordneten Leistungen einbezogen werden. Leistungskomplexe und Pauschalhonorierungen seien in bestimmten Versorgungsformen sinnvoll (ARGE GKV 1994: 20).

Für den stationären Bereich konnten keine vertragswettbewerblichen Vorschläge unterbreitet werden, weil – als Voraussetzung dafür – die Umsetzung „eines leistungsorientierten Entgelt-systems“ noch in weiter Ferne stand. Für den Arzneimittelsektor beschränkte man sich auf Forderungen zur Weiterentwicklung der gemeinsamen und einheitlichen Regelungen (Positivliste, Richtgrößen und Festbetragssystem), peilte

11 Damit wurde die bereits in den 1980er Jahren in der Bundesrepublik begonnene Diskussion über Managed-Care-Modelle wieder aufgegriffen.

jedoch wettbewerbliche Verträge an, mit denen ggf. Effizienzpotenziale in der Arzneimitteldistribution erschlossen werden könnten (ARGE GKV 1994: 28).

Die Voraussetzungen für Vertragswettbewerb haben sich seitdem erheblich verbessert. Durch das Vertragsarztrechtsänderungsgesetz wurde z. B. die ambulante ärztliche Tätigkeit flexibilisiert (Medizinische Versorgungszentren, Filialpraxen etc.). Durch die Einführung der indikationsbezogenen Fallpauschalen im Krankenhaus sind nunmehr die Voraussetzungen für Selektivverträge geschaffen. Im Bereich der Arzneimittelversorgung hat der Gesetzgeber den Kassen inzwischen mehrere Möglichkeiten zu Einzelverträgen gegeben. Wichtig ist allerdings die Feststellung, dass das, was 1994 als Differenzierung für die „Kassenarten“ gefordert wurde, heute ganz selbstverständlich als Recht für die *einzelnen* Kassen gilt bzw. eingefordert wird. Hier hat sich durch die jüngeren Reformgesetze, den Risikostrukturausgleich und die Reduktion der Kassenzahl, schließlich durch die weitere Schwächung der Rolle der Kassenarten im GKV-WSG die Bedeutung der „Kassenarten“ außerordentlich „verdünnt“. Die Kassenarten bestimmen jedenfalls nicht mehr die Tektone im Bereich der selektiven Vertragsmöglichkeiten, haben allerdings noch eine wichtige Rolle als Partner der Kollektivverträge auf Landes- bzw. KV-Ebene.

#### 1.4 Pluralität der Kassen als Voraussetzung des Wettbewerbs

Eine in der gesundheitspolitischen Diskussion oft zu wenig beachtete Voraussetzung für Wettbewerb ist die Pluralität der Marktteilnehmer auf beiden Seiten, bei der Nachfrage und beim Angebot. Das gilt besonders für den Vertragswettbewerb, der als Innovationsmotor dienen soll. In Bezug auf die Kassenseite erklären Politiker nur zu oft, dass wir heute noch zu viele Krankenkassen hätten und weitere Fusionen nicht schädlich seien. Auf Werte bis zu 30 Kassen gingen die prog-

nostizierten Zahlen herunter. Dabei müsste bei nüchterner Betrachtung die Fusionsgeschwindigkeit eher bedenklich stimmen.

Seit 1994 ist die Zahl der Krankenkassen in Deutschland deutlich rückläufig. So gab es im Juli 2010 noch 163 gesetzliche Krankenkassen. Zehn Jahre zuvor waren es noch 420, im Jahr 1994 sogar noch 1.152. Seit der Liberalisierung des Krankenkassenwahlrechts im Jahr 1996 haben sich viele Krankenkassen durch Satzungsänderung geöffnet und sind somit für alle Versicherungspflichtigen und Versicherungsberechtigten wählbar geworden. Dies hat einen verstärkten Wettbewerb innerhalb der Gesetzlichen Krankenversicherung erzeugt und dazu geführt, dass viele Kassen fusionierten, um Synergien zu nutzen.<sup>12</sup>

Problematisch ist dabei die Konzentration dieser Kassen bzw. ihrer jeweiligen Marktmacht. Allein die größte Kasse repräsentiert – bundesweit relativ gleichmäßig vertreten – über zwölf Prozent der insgesamt circa 70 Millionen Versicherten. Allein die zehn größten Kassen repräsentieren mit rund 42 Millionen Versicherten circa 60 Prozent der Nachfrage. Etwa 20 Kassen haben eine Million und mehr Versicherte.<sup>13</sup> Hinzu kommt, dass die Kassen regional ganz unterschiedliche Schwerpunkte haben. Die – im allgemeinen großen – Ortskrankenkassen sind auf Länderebene organisiert und stehen nicht im Wettbewerb untereinander. Sie haben in fast allen Ländern Marktanteile, die in der Privatwirtschaft über der kartellrechtlichen Eingriffsschwelle liegen (vgl. Tabelle 1). Durch die nach wie vor bestehenden (kassenartenbezogenen) Verbände stimmen die *Ortskrankenkassen* (mehr oder weniger) ihre Vertragspolitik ab. Die nach verschiedenen Fusionen verbliebenen sechs *Ersatzkassen* koordinieren mit ihrem Verband ein Nachfragepotenzial in Höhe von rund 38 Prozent. Auch die *Betriebskrankenkassen* haben über ihre Landesverbände, die nach dem Gesetz „Gesamtvertragspartner“ für die ambulante ärztliche Versorgung mit den Kassenärztlichen Vereinigungen sind, ein erhebliches Marktvolumen.

12 <http://www.bkk.de/faktenspiegel>, August 2010: 3.

13 Vgl. dfg – Dienst für Gesellschaftspolitik, Ausgabe 20/21 vom 20.5.2010: 11 ff.

Tabelle 1:

**Marktanteile der Versicherten nach Kassenarten**

Stand: August 2010

<b>KV-Bezirk</b>	<b>AOK</b>	<b>BKK</b>	<b>IKK</b>	<b>Ersatzkassen</b>
Bayern	40,08	23,99	2,54	30,24
Berlin	26,00	22,07	4,19	47,14
Brandenburg	28,22	16,89	7,00	43,96
Bremen	33,28	17,52	5,89	41,86
Hamburg	20,78	23,74	4,66	49,62
Hessen	29,43	22,58	4,96	41,08
Koblenz	34,63	14,72	11,01	36,81
Mecklenburg-Vorpommern	31,91	17,59	8,28	40,39
Niedersachsen	31,69	21,64	6,16	36,78
Nordbaden	36,92	17,73	6,52	37,88
Nordrhein	30,07	20,52	7,28	37,68
Nord-Württemberg	42,25	19,89	9,19	27,18
Pfalz	29,67	24,08	9,49	34,71
Rheinhausen	22,80	22,22	12,41	40,01
Saarland	24,65	8,39	16,47	39,37
Sachsen	49,67	7,66	15,26	23,22
Sachsen-Anhalt	33,70	12,60	18,01	30,75
Schleswig-Holstein	28,24	18,55	5,71	44,14
Südbaden	37,74	19,89	9,57	30,90
Südwürttemberg	45,82	22,92	4,79	24,10
Thüringen	39,82	12,45	14,88	28,99
Trier	34,24	13,16	10,30	37,81
Westfalen-Lippe	28,38	16,34	12,31	35,24
Wohnsitz im Ausland	46,81	19,28	7,77	22,72
<b>Bund</b>	<b>33,93</b>	<b>19,23</b>	<b>7,93</b>	<b>35,30</b>

Quelle: Eigene Berechnungen nach amtlichen Angaben.

Da die Kassen höchst unterschiedliche Mitglieder- und Morbiditätsstrukturen haben, ist für einen funktionierenden Wettbewerb ein wirksamer Risikostrukturausgleich (RSA) erforderlich. Diese Voraussetzung ist durch die Einführung des morbiditätsorientierten RSA seit 2009 weitgehend erfüllt.<sup>14</sup>

Andererseits ist zu fragen, wie groß Kassen sein müssen, um am Vertragswettbewerb teilzunehmen. Von den über 150 Kassen haben immerhin noch über 100 weniger als 100.000 Versicherte, die zum Teil noch nicht einmal eine regionale Konzentration aufweisen. Diese Kassen werden nur in Ausnahmefällen zu einer eigenen

14 Vgl. zur Diskussion Göppfarth et al. 2010; aktuell und kritisch Greß et al. 2010, Abschnitt 2.3.

Vertragspolitik in der Lage sein. Sie sehen ihre Chance in der Bündelung ihrer Nachfrage im Rahmen der Kassenverbände bzw. Arbeitsgemeinschaften oder durch neuartige Dienstleistungsunternehmen für das Vertragsmanagement.

Eine Idealvorstellung wäre, auch unter dem Gesichtspunkt der Konsumententransparenz, dass in den relevanten regionalen Märkten auf Nachfrage- und Angebotsseite die Akteure jeweils mindestens 10 Prozent, aber auch nicht mehr als 30 Prozent des Potenzials repräsentieren würden. Die für einen erfolgversprechenden Wettbewerb erforderliche Vielfalt wäre gewahrt und Marktbeherrschung würde dennoch vermieden.

### 1.5 Wettbewerbs- und Kartellrecht<sup>15</sup>

Gerade unter diesen Gesichtspunkten wird im Zusammenhang aktueller Gesetzesvorhaben die Frage nach der Geltung des Wettbewerbs- und Kartellrechts für die gesetzliche Krankenversicherung diskutiert. Dabei sollen die entsprechenden Fragen hier nicht ausführlich ausgebreitet werden. Einige Andeutungen mögen genügen: Die Kassenärztlichen Vereinigungen sind monopolistische Vertragspartner der Kassen für die ambulante ärztliche Versorgung. Durch ihre öffentlich-rechtliche Verfassung unterliegen sie der Aufsicht der Länder und sind wenigstens grundsätzlich dem Prinzip einer qualitätsgesicherten und effizienten Versorgung verpflichtet. Für die hausarztzentrierte Versorgung hat der deutsche Hausarztverband nach § 73b SGB V einen Anspruch auf Vertragsabschluss zu seinen Bedingungen, wenn er das nötige Quorum der Hausärzte erreicht (was im allgemeinen der Fall ist). Krankenhäuser haben einen Vergütungs- und Vertragsanspruch gegenüber den Kassen, wenn sie nach dem Krankenhausplan des Landes einen entsprechenden Versorgungsauftrag haben, etc.

In anderen Bereichen ist das Gesundheitswesen gerade auf der Seite der Leistungsanbieter extrem kleinteilig organisiert. Das gilt zum Beispiel für die Anbieter im Bereich der Heil- und Hilfsmittel (Orthopädiefachhandel etc.) (Schroeder/Paquet 2009: 12f.).

Unabhängig von der Frage der expliziten Geltung des Wettbewerbs- und Kartellrechts kann vor diesem Hintergrund jedenfalls für drei Gruppen von Akteuren ein Schutzbedürfnis beschrieben werden. An erster Stelle steht der *Schutz der Patienten* und Versicherten gegenüber dominierenden Kassen und Leistungserbringer-Gruppen, die ihnen ggf. bestimmte Versorgungs- bzw. Vertragsmodelle aufdrängen wollen. Aus der Perspektive der Patienten kommt es auf Angebotsvielfalt und Kreativität sowohl der Kassen als auch der mit ihnen vertraglich agierenden Leistungserbringer an. Zweitens geht es um den *Schutz der „kleinteiligen“ Anbieter*: Gemeint ist natürlich nicht die Überlebensgarantie für jeden einzelnen niedergelassenen Arzt, egal wie klein seine Praxis und wie sie organisiert ist. Das gilt ebensowenig für jeden einzelnen Hörgeräteakustiker oder Orthopädieschuhmacher. Die Gruppen solcher Anbieter sollen jedoch geschützt werden vor der potenziellen Übermacht großer Nachfrager, das heißt vor Kassen, die sie zu unfairen Konditionen zwingen könnten. Diese Anbieter müssen jedenfalls die Chance zu Zusammenschlüssen haben, mit deren Hilfe sie ihre legitimen Interessen im Vertragsgeschäft wahren können. Schließlich haben auch die *kleineren Kassen* ein Schutzbedürfnis. Der gesamte Markt darf nicht nur von den großen „Playern“ gestaltet und faktisch damit beherrscht werden. Das wäre nicht zuletzt auch schädlich für den in jedem Markt notwendigen Innovationsprozess, der immer wieder die Impulse von Nischen-Akteuren und kreativen „Ausreißern“ braucht.

15 Vgl. auch Monopolkommission 2010.

## 1.6 Die Rolle des Wettbewerbs und die Probleme aus der Perspektive der Versicherten

Dass das Gesundheitswesen für die Patienten da ist, ist ebenso banal wie zutreffend. Bei manchen Diskussionen z. B. über die Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) oder das Mehrbesitzverbot für Apotheken muss dieser Grundsatz gelegentlich wieder ins Gedächtnis gerufen werden. Für die Patienten soll der Wettbewerb Qualitäts- und Effizienzgewinne bringen. Unterschiedliche Angebote sollen immer besser ihren Präferenzen entsprechen. Der Versorgungsanspruch der Versicherten ist jedoch nicht unbegrenzt. Nach den §§ 1, 2 und 12 des SGB V müssen die Leistungen notwendig und wirtschaftlich sein; die Versicherten dürfen nicht-effiziente, d. h. unwirtschaftliche Leistungen nicht beanspruchen. In § 2 Absatz 3 wird explizit gefordert, dass bei der Auswahl der Leistungserbringer auf ihre Vielfalt zu achten ist.

Mit anderen Worten: Die Patienten bzw. Versicherten sollen *Wahlmöglichkeiten* haben. Erst recht dann, wenn die Vielfalt der Angebote eine Qualitäts- und Effizienzsteigerung erwarten lässt. So sollten die Versicherten beispielsweise zwischen einem Hausarztssystem oder einem Modell der integrierten medizinischen Versorgung in einem Versorgungszentrum wählen können. Sie sollten darüber entscheiden können, ob sie eine Operation ambulant oder in einem Krankenhaus durchführen lassen, erst recht, wenn sie bereit sind, die Mehrkosten eines bestimmten Leistungsangebots zu tragen. Und sie sollten die Möglichkeit haben, ihr Rezept bei einer Versandapotheke oder der Offizin um die Ecke einzulösen.

Die Probleme, die ein entsprechender Vertragswettbewerb aus ihrer Sicht stellt, beziehen sich vor allem auf die *Transparenz der Angebote* und auf die Qualität der entsprechenden Ergebnisse. Dabei kann man sich nicht allein auf eine kritische Medienöffentlichkeit verlassen; vielmehr muss diese Transparenz im Gesundheitswesen selbst durch gesetzliche Regeln hergestellt werden. Das gilt auch für die Verpflichtung zur *Evaluation von Vertragsformen* und Versorgungsmodellen und deren Veröffentlichung. Die unabhängigen Patientenberatungsstellen spielen hier eine ebenso wichtige Rolle wie die bisher noch kaum angepackte Aufgabe des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG), entsprechende Informationen der Öffentlichkeit in allgemeinverständlicher Form zur Verfügung zu stellen<sup>16</sup>.

Trotzdem – und auch das ist wichtig – wird es den Patienten in einer vielfältigeren Versorgungslandschaft nicht erspart bleiben, sich selbst zu informieren, sich eine Meinung zu bilden und schließlich im Hinblick auf ihre Präferenzen zu entscheiden. In einer Welt der Wahlfreiheit und Möglichkeiten gibt es *keine fremden Garantien* für eine optimale Behandlung und die Freiheit von Entscheidungen schließt zwangsläufig das Risiko der Fehlentscheidung oder Unzufriedenheit mit ein. Vom rechtlichen Ordnungsrahmen her kann nur sichergestellt werden, dass es einerseits *ausreichende Transparenz für begründete Entscheidungen gibt*, andererseits, dass Mindeststandards der Qualität definiert werden. Schließlich müssen die Patienten/Versicherten ggf. ihre Präferenzen korrigieren bzw. ändern können (vgl. dazu ausführlicher Kapitel 7).

<sup>16</sup> Hier ist auch eine Leerstelle in dem ansonsten sehr respektablen Antrag der SPD-Bundestagsfraktion für ein Patientenrechtegesetz (vgl. Bundestags-Drucksache 17/907). Es gibt dort zwar den Anspruch des Patienten gegenüber den Ärzten nach Aufklärung über eventuelle Behandlungsalternativen. Nicht aber den Anspruch der Versicherten gegenüber ihren Krankenkassen nach Aufklärung über den Inhalt von Selektivverträgen, in die sie sich ggf. einschreiben sollen. Allerdings ist in den §§ 73b (hausarztzentrierte Versorgung) und 73c SGB V (besondere ärztliche Versorgung) jeweils in den Absätzen 6 Entsprechendes gefordert.

## 2. Wo ist die Versorgung durch Kollektivverträge geregelt?

---

Der größte Teil der Versorgungsleistungen in der GKV wird durch kollektives Handeln der Kassen auf dem Leistungsmarkt beschafft. Die Regelungen gelten jeweils für die Landesebene. Die beteiligten Kassen haben insoweit einheitliche Verträge mit den Leistungserbringern. Grundsatz des Kollektivvertrages ist, dass alle zugelassenen Leistungserbringer des jeweiligen Versorgungsbereichs zur Leistung und folglich auch zur Abrechnung im Rahmen der GKV-Versorgung berechtigt sind. Eine Auswahlmöglichkeit der Krankenkassen unter den jeweiligen Anbietern, die besondere Vertragskonditionen zur Qualität und Vergütung zuließe, ist in diesem System zunächst einmal nicht vorgesehen.

### 2.1. Die ambulante ärztliche Versorgung und das System der Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen)

Modellhaft dafür ist die Konstruktion der sogenannten „Gesamtverträge“ im Bereich der ambulanten ärztlichen Versorgung, die die Kassenverbände mit den Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) schließen. In diesen Verträgen wird auch die Vergütung geregelt. Vertragspartner der KVen sind die Landesverbände der Krankenkassen(arten) und die Landesvertretungen der Ersatzkasse. Die Vergütungsregelungen werden seit 2009 für alle Kassen „gemeinsam und einheitlich“ verhandelt (§ 87a). Bis 2008 galten noch unterschiedliche

Vergütungssätze der einzelnen Kassenarten. Diese Unterschiede der „Punktwerte“ wurden jedoch mit der Honorarreform, die im GKV-WSG eingeschlossen war, nivelliert.

Historisch hat sich das Kollektivvertragssystem erst allmählich herausgebildet.<sup>17</sup> In der Anfangsphase des Kassenarztrechts schlossen die Kassen mit Ärzten privatrechtliche Einzeldienstverträge. Die starken Interessengegensätze zwischen den Kassen und den Ärzten führten dann zum Berliner Abkommen (23.12.1913), mit dem unter Beteiligung von Unparteiischen ein paritätisch besetztes Gremium geschaffen wurde, das die Zahl, die Auswahl und die Arbeitsbedingungen der Ärzte regelte. Da in den zwanziger Jahren die Arbeitskämpfe („Ärztestreiks“) jedoch erneut einsetzten, wurde durch die Notverordnung (der Reichsregierung Brüning) vom 8.12.1931 an die Stelle des Einzelvertragssystems ein Kollektivvertragssystem mit Pflichtmitgliedschaft aller Kassenärzte eingeführt. Den neugegründeten Kassenärztlichen Vereinigungen wurde der Sicherstellungsauftrag übertragen. Als Körperschaften des öffentlichen Rechts („mittelbare Staatsverwaltung“) unterliegen sie bis heute der staatlichen Rechtsaufsicht.

Die daraus resultierende ursprüngliche Formulierung des Sicherstellungsauftrags in der Reichsversicherungsordnung (RVO) ist bündiger als die Nachfolgeregelungen im Sozialgesetzbuch V (§§ 72 ff.) und soll daher zitiert werden: „Ziel der Sicherstellung der kassenärztlichen Versorgung

---

17 Die folgende Argumentation folgt Dr. Peter Schichtels Referat „Perspektiven der ambulanten Versorgung im Spannungsfeld von Kollektiv- und Selektivverträgen – Die Position der Aufsicht“ bei den 12. Speyerer Gesundheitstagen am 11./12.3.2010, durchgeführt von der Deutschen Hochschule für Verwaltungswissenschaften, Speyer, und der BKK-LKK Arbeitsgemeinschaft Rheinland-Pfalz.

ist es, den Versicherten und ihren Familienangehörigen eine bedarfsgerechte und gleichmäßige ärztliche Versorgung, die auch einen ausreichenden Not- und Bereitschaftsdienst umfasst, in zumutbarer Entfernung unter Berücksichtigung des jeweiligen Standes der medizinischen Wissenschaft und Technik sowie der Möglichkeiten der Rationalisierung und Modernisierung zur Verfügung zu stellen.“ (§ 368 Abs. 3 RVO, letzter Stand 1988) Die KVen hatten (und haben bis heute) daraus die Gewährleistungspflicht gegenüber den Kassen und ihren Verbänden, dass die vertragsärztliche Versorgung der Versicherten den gesetzlichen und vertraglichen Erfordernissen entspricht. Diese Gewährleistungspflicht erstreckt sich auch auf die Qualitätssicherung und die Kontrolle einer ordnungsgemäßen Leistungsabrechnung. Auf dieser Basis haben die Kassenärztlichen Vereinigungen zusammen mit den Landesverbänden der Krankenkassen die kassenärztliche Bedarfsplanung und die Zulassung zur vertragsärztlichen Versorgung vorzunehmen (heute § 99 ff. SGB V).

Bei Nicht-Einigung der Gesamtvertragspartner findet ein Schiedsverfahren statt. Bis zu diesem Ergebnis gelten die geschlossenen Verträge fort. Auf diese Weise wird sichergestellt, dass es in diesem System keinen vertragslosen Zustand geben kann und eine Unterbrechung der Versorgung ausgeschlossen wird. Die von der KV zugelassenen Ärzte haben in diesem Rahmen auf das „Streikrecht“ verzichtet und erhalten im Gegenzug eine faktische Beschäftigungs- und Vergütungsgarantie.

Bis heute gibt es nur zwei einzelvertragliche Modifikationen des Kollektivvertrags, nämlich die strukturierten Behandlungsprogramme, die praktisch jedoch als qualitätsorientierte add-on-Verträge funktionieren, und die fakultative Integrationsversorgung nach § 140b, die bisher punktuell die vertragsärztliche Versorgung ergänzt. Eine echte Konkurrenzsituation zum Kollektivvertrag entsteht erst durch die seit dem GKV-OrgWG bestehende Verpflichtung der Kassen nach § 73b SGB V, mit einem bestimmten Vertragspartner Verträge zur hausarztzentrierten Versorgung abzuschließen (vgl. dazu Kapitel 5).

## 2.2 Die Krankenhäuser

Auch im Bereich der Krankenhausversorgung sind kollektive Regelungen maßgeblich und dominierend. „In der stationären Versorgung gilt die Aufnahme eines Krankenhauses in den Krankenhausplan des jeweiligen Bundeslandes gemäß § 109 Satz 2 SGB V als Abschluss eines Versorgungsvertrags.“ (Monopolkommission 2010: Randziffer 1088) Außerdem sind die Universitätskliniken auf gesetzlicher Basis Vertragskrankenhäuser. Die Krankenhausplanung, die im Allgemeinen auch die Bedarfsplanung einschließt, wird von den Ländern in eigener Verantwortung wahrgenommen. Die jeweiligen Landesgesetze unterscheiden sich dabei durchaus, insbesondere im Detaillierungsgrad der Planung und in den Verfahrensweisen.

Die Länder haben im Rahmen ihrer Pflicht zur Daseinsvorsorge die Verpflichtung zur Sicherstellung einer ausreichenden Krankenhaus-Infrastruktur. Das ist auch Gegenstand der Landesverfassungen. Das Recht der gesetzlichen Krankenversicherung passt sich insoweit den hoheitlichen Befugnissen der Länder an. Der Bund hat darüber hinaus jedoch im Rahmen der konkurrierenden Gesetzgebung nach Artikel 74, Ziffer 19a Grundgesetz (GG) die Gesetzgebungskompetenz für die wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser und die Regelung der Krankenhauspflegesätze. Unter diesen Vorgaben gibt es keine Möglichkeit des Bundesgesetzgebers, *alleine* die allgemeine Zulassung der Krankenhäuser für die GKV-Versicherten einzuschränken und selektivvertragliche Optionen für die Krankenkassen zu eröffnen. Der Bund bräuchte dazu eine ausreichende Mehrheit der Länder, d.h. die Zustimmung im Bundesrat. Bisher haben sich die Länder jedoch geschlossen und nachdrücklich gegen jeden Ansatz zu Selektivverträgen im Krankenhausbereich gewehrt. Sie werden dabei von den Gewerkschaften und den meisten Krankenhausträgern unterstützt.

Angesichts einer durchgängigen Unterauslastung der Häuser und in vielen Bereichen insuffizienten Strukturen im Krankenhausangebot wäre eine wettbewerbliche „Durchlüftung“ des Krankenhausesektors jedoch empfehlenswert (Monopolkommission 2010: 456 ff.). Vor allem der AOK-

Bundesverband und der GKV-Spitzenverband haben immer wieder auf die Möglichkeiten hingewiesen, auch im Krankenhausbereich in einen selektivvertraglichen Wettbewerb einzusteigen. Mit dem Konzept selektiver Vereinbarungen bei elektiven Leistungen<sup>18</sup> (das sind bis zu 80 Prozent der Krankenhausbehandlungen, die mit ausreichendem zeitlichen Vorlauf planbar sind) könnte auch für die Krankenhäuser ein vertraglicher Einstieg in wettbewerbliche Vertragsstrukturen erreicht werden.

### 2.3 Andere Leistungserbringer mit „Versorgungsauftrag“

Auch in den wichtigsten weiteren Leistungsbereichen gelten weitgehend einheitliche Bedingungen für alle Krankenkassen. So regelt der GKV-Spitzenverband die Beziehungen der Kassen nach § 129 Absatz 2 zu den *Apotheken* für alle Kassen verbindlich „mit den für die Wahrnehmung der wirtschaftlichen Interessen gebildeten Spitzenorganisationen der Apotheker ... in einem gemeinsamen Rahmenvertrag“. Die Krankenkassen oder ihre Verbände können mit den Organisationen der Apotheker auf Landesebene dazu „ergänzende Verträge“ schließen. Deren Inhalt beschränkt sich jedoch auf Rankewerk, weil die zentrale Abgabeverpflichtung der Apotheken für Arzneimittel zu Lasten der GKV dadurch nicht eingeschränkt werden darf und die Vergütung der Apotheker für GKV-Leistungen durch Gesetz bzw. die §§ 130 ff. im SGB V abschließend geregelt ist.

Auch für die Leistungserbringung im Bereich der *Hilfsmittel* gilt faktisch das Kollektivvertragsrecht fort (vgl. §§ 127 SGB V). Dort regelt zwar Absatz 1, dass „die Krankenkassen, ihre Landes-

verbände oder Arbeitsgemeinschaften *im Wege der Ausschreibung* (Hervorhebung rp) Verträge mit Leistungserbringern“ schließen sollen. Eine *Auswahl* der Kassen unter den Anbietern, die die gesetzlich vorgeschriebenen Anforderungen und Qualifikationen erfüllen, ist jedoch praktisch unmöglich, weil die weiteren Regelungen dem entgegenlaufen.

Der beschriebene Ansatz zum Selektivvertragswettbewerb wurde hier zwar durch das GKV-WSG eingeführt; die grundsätzliche Wende zu einem Wettbewerb in Einzelverantwortung der Kassen wurde jedoch – nur anderthalb Jahre später – durch das GKV-Organisations-Weiterentwicklungsgesetz (GKV-OrgWG) wieder rückgängig gemacht: Die unabhängig von den Ausschreibungen geschlossenen Verträge der genannten Vertragspartner (Absatz 2) sind nämlich so ausgestaltet, dass ihnen nach Absatz 2a alle „Leistungserbringer zu den gleichen Bedingungen als Vertragspartner beitreten“ können, soweit sie nicht bereits durch laufende Verträge zur Versorgung der Versicherten berechtigt sind. Das heißt mit anderen Worten, dass der Sinn von Selektivverträgen, nämlich eine gewisse Exklusivität bestimmter Vertragsbedingungen herzustellen, durch das Beitrittsrecht wirksam unterlaufen wird.

Die geschilderte Entwicklung der Regelung ist geradezu ein *Musterbeispiel*, wie der Gesetzgeber bei der Wettbewerbsfrage „Angst vor der eigenen Courage“ bekommen und in der Konsequenz einen regelungstechnischen Fallrückzieher hingelegt hat.<sup>19</sup> Eine Kasse kann daher z.B. keine Verträge schließen, in denen etwa Rabatte gegen Mengengarantien gewährt werden, weil kein Leistungserbringer ein ökonomisches Interesse hat, die Honorarsätze der bestehenden Verträge

18 Mühlhausen, Dr. Karl-Heinz; AOK-Bundesverband: „Die Ausschreibung von elektiven Krankenhausleistungen im Rahmen eines Gesundheitswettbewerbsrechts“, 9. Nationales DRG-Forum, Berlin am 26.3.2010.

19 In Wahrheit ging es hier natürlich um einen lobbyistischen Erfolg der Verbände der entsprechenden Leistungserbringer. Die betroffenen Gesundheitshandwerker sind (wie das Handwerk mit seinen Organisationen insgesamt) traditionell korporatistisch und nicht wettbewerblich orientiert.

mit den Landesverbänden zu unterbieten. Umgekehrt haben die Kassen auch keine Möglichkeit, ihre Versicherten zu bestimmten Anbietern hinzudirigieren.

Ähnlich ist die Vertragssituation im Bereich der *Heilmittel*, also insbesondere für Leistungen der physikalischen Therapie, der Sprachtherapie oder Ergotherapie.

## 2.4 Wettbewerb als Lösung der Probleme?

In korporatistischen Strukturen, wie es Kollektivvertragssysteme sind, können Verbesserungen der Qualität und Effizienz der Versorgung letztlich immer nur *politisch* durchgesetzt werden. Aus der Versorgungspraxis selbst erwachsen normalerweise keine ausreichenden finanziellen Anreize zur gewünschten Veränderung. Steigerungen der Produktivität verbessern somit eher die Er-

lös-Situation der Leistungserbringer und wirken sich zunächst einmal nicht als Kostenentlastung der Krankenkassen aus. So führen Forderungen nach Qualitätsverbesserungen stets zu Preisaufschlägen bzw. der Forderung nach höherer Vergütung. Dabei werden „Sahnehäubchen“ natürlich gern mitgenommen. Ohne politischen Druck werden keine Strukturveränderungen durchgeführt. Das lässt sich gerade an der Krankenhausplanung (jede Schließung eines Krankenhauses ist politisch ein potenzieller Sprengsatz) oder der Diskussion um die Einrichtung medizinischer Versorgungszentren (MVZ) plastisch nachvollziehen.

So haben sich auch die Kassenärztlichen Vereinigungen in Sachen Qualitätssicherung erst wirklich bewegt und auf eine Kooperation mit den Kassen eingelassen, als ihre Existenzberechtigung im Hinblick auf eine mehr wettbewerbliche Versorgungs- und Vertragslandschaft in Frage gestellt wurde.

### 3. Die politischen Gründe und der Prozess, mehr Vertragswettbewerb zuzulassen

#### 3.1 Qualität im Mittelpunkt

Die erste rot-grüne Bundesregierung stellte Fragen der Versorgungsqualität in den Mittelpunkt der Gesundheitspolitik. Sie reagierte damit auf Entwicklungen der vorausgegangenen Jahre. Seit 1996 wurde der Wettbewerb der Kassen in Folge des Gesundheitsstrukturgesetzes (GSG 1992) intensiviert. Die Verallgemeinerung der Kassenvahlfreiheit verschärfte zunächst vor allem den Preiswettbewerb der Kassen. Die Politik musste sich vor diesem Hintergrund mit den Problemen der Risikoselektion und der Gefahr eines Qualitätsdumpings auseinandersetzen.

Daher wurden in den ersten gesundheitspolitischen Reformgesetzen seit 1998 erstmals im SGB V explizite Regelungen zur Qualitätssicherung für die Leistungserbringer der GKV festgeschrieben (z.B. § 135a SGB V). Daneben wurde eine morbiditätsorientierte Umgestaltung des Risikostrukturausgleichs (RSA) zwischen den Kassen eingeleitet. Der Wettbewerb der Kassen sollte insgesamt zu einem Qualitätswettbewerb umgestaltet werden und sich künftig in Form des Vertragswettbewerbs um eine bessere Versorgung abspielen. Entscheidend war dabei die Erweiterung der *Vertragsautonomie der einzelnen* Kassen. So wurde mit der „Gesundheitsreform 2000“ einerseits die „Integrierte Versorgung“ (§§ 140b ff. SGB V) eingeführt,<sup>20</sup> andererseits wurden die „strukturierten Behandlungsprogramme bei chronischen Krankheiten“ (§§ 137f ff. SGB V) konzipiert. Bei diesen „Disease-Management-Program-

men“ (DMPs) sollte zunächst für ausgewählte, aber verbreitete chronische Volkskrankheiten eine gezielte Verbesserung der Versorgung in die Wege geleitet werden. Die Kassen sollten zum Abschluss entsprechender Verträge durch nachdrückliche Incentives aus dem Risikostrukturausgleich motiviert werden.<sup>21</sup>

Außerdem hatte die Bundesministerin für Gesundheit bereits im Mai 1999 dem Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen<sup>22</sup> den Auftrag für ein Sondergutachten zur Verbesserung der Leistungssteuerung im Gesundheitswesen erteilt. Dabei sollten insbesondere die Qualitätssicherung und ihr Zusammenhang mit neuen Vergütungsformen berücksichtigt werden. Das um die Jahreswende 2000/2001 vorgelegte dreibändige Gutachten beschäftigte sich über das gesamte Krankheitspanorama mit der Versorgungsqualität. Die umfassende Bestandsaufnahme der „Über-, Unter- und Fehlversorgung“ war folgenreich; der Begriff selbst wurde zur Marke und zum Leitmotiv der folgenden Jahre sozialdemokratisch geprägter Gesundheitspolitik (SVR 2002: Band I, 7).

Ulla Schmidt war davon überzeugt, dass in den Versorgungsstrukturen noch viel Qualitäts- und Rationalisierungspotenzial liegt und die Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen Sektoren mehr an den Interessen der Patienten ausgerichtet werden muss. Um hier etwas zu erreichen, wollte sie sich sogar den Wettbewerb der Kassen und der Leistungsanbieter zu Nutze machen. Dass dem die Eigeninteressen der Kranken-

20 Gesetz vom 22.12.1999.

21 Dass dabei – wie in der Gesetzgebung fast die Regel – „gemischte“ Motive eine Rolle spielten, liegt auf der Hand. Natürlich dienen die DMPs auch zu einer partiellen Vorwegnahme des morbiditätsorientierten RSA und sollten ganz bestimmte Kassen finanziell unterstützen.

22 Nachdem die Konzertierte Aktion bereits zu Horst Seehofers Ministerzeiten nicht mehr einberufen wurde, wurde dieses Gremium durch Gesetz vom 14.11.2003 in „Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen“ umbenannt.

kassen und Leistungserbringer zum Teil entgegenstehen und dass sie daher vom Staat stärker auf ihre eigentlichen Verpflichtungen zurückgeführt werden müssen, gehörte ebenfalls zu ihren Grundüberzeugungen. Vor diesem Hintergrund sind die Organisationsreformen für die Institutionen des GKV-Systems vor allem durch das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) zu verstehen.

### 3.2 Versorgungsstrukturen

Für den Wettbewerb um eine Optimierung der Versorgungsstrukturen gab es eine Leitvorstellung: Wenn die Behandlung der Patienten verbessert werden soll, liegt es auf der Hand, dass die gegenseitige Abschottung der Versorgungssektoren aufgelöst werden muss. Hausärzte, Fachärzte und Krankenhäuser müssen besser zusammen arbeiten, und die verschiedenen Berufe im Gesundheitswesen müssen eine sachgerechtere, d. h. an den Bedürfnissen der Patienten ausgerichtete Arbeitsteilung finden. Das Leitbild für eine Verbesserung in diesem Bereich ist die „Integrierte Versorgung“. Dass es dabei keine wesentlichen Fortschritte gab, lag nach Auffassung des Bundesgesundheitsministeriums (BMG) und seiner damaligen Chefin daran, dass die etablierten Institutionen strukturkonservativ sind und alle Veränderungen abgeblockt haben. Um die Verhältnisse in Bewegung zu bringen, – so war die Meinung – müssen diese Institutionen unter Druck gesetzt werden. Dabei waren und sind die Hausärzte eine Schlüsselgruppe. Seit der Gesundheitsreform 2000 hatte die SPD ihre Förderung in den Vordergrund gestellt. Bereits mit dem GMG wurden die Kassen verpflichtet, flächendeckende Hausarztverträge anzubieten und den Versicherten Anreize für die Einschreibung zu geben. Schließlich wurde durch das GKV-OrgWG ein Anspruch der Hausärzte auf einen privilegierten Vertrag mit den Kassen jenseits der KVen verankert. Damit hatten die Hausärzte ein wesentliches Ziel erreicht: Der umfassende Sicherstellungsauftrag der KVen wurde in Frage gestellt und die KVen selbst sind seitdem als Institutionen angeschlagen.

Dabei ist der Wettbewerb durch *Einzelverträge* das entscheidende Instrument. Die Zeit der umfassenden Kollektivverträge zwischen den Kassenverbänden und den Kassenärztlichen Vereinigungen war nach Auffassung der maßgeblichen Akteure im BMG vorbei. Mit der Vorfahrt für die Selektivverträge glaubte man, zusätzliche Effizienzreserven für die Versorgung mobilisieren zu können. Das gilt jedoch nicht nur für die Unterstützung der Hausarztverträge. Es gilt auch für die Förderung der medizinischen Versorgungszentren, der Erlaubnis von Filialpraxen und der gleichzeitigen Tätigkeit von Ärzten im Krankenhaus und in der niedergelassenen Praxis, die durch das Vertragsarztrechtänderungsgesetz (VÄndG) eingeleitet wurde. Flankiert wurde diese Entwicklung durch erweiterte Möglichkeiten der Krankenhäuser, in der ambulanten Versorgung mitzumischen.

Dahinter stand die Vorstellung, dass ein entscheidender Effizienzsprung in der medizinischen Versorgung nur noch erreichbar ist, wenn die „doppelte Facharztschiene“, d. h. die vermutete bzw. unterstellte „Verdoppelung“ der fachärztlichen Versorgung in der niedergelassenen Praxis und in den Krankenhäusern allmählich aufgelöst wird. Insoweit ist die Privilegierung der Hausärzte ebenso konsequent wie die Herstellung der Durchlässigkeit der Grenzen zwischen ambulant und stationär. Hinzu kommt der Versuch, die traditionellen Privilegien der Berufsgruppen aufzulösen und ihre Zusammenarbeit neu zu gestalten. Die SPD war schon immer mehr die Partei der Krankenschwestern und Pfleger als die der Ärzte, Ober- und Chefärzte.

Dabei war die Stärkung des Wettbewerbs für Ulla Schmidt kein ordnungspolitischer Wert, sondern ausschließlich Mittel zum Zweck. Sie diente vor allem dazu, die Strukturen in Bewegung zu bringen, die man als hinderlich für die eigenen Vorstellungen empfand, und um die Kassen in die richtige Richtung zu drängen. Die Union hinkte auch in diesem Zusammenhang hinterher: Einerseits war und ist die CSU mit Horst Seehofer an der Spitze bei der Hausarzt-Rallye mit dabei, andererseits versuchte die CDU den KVen zu helfen, indem sie ihnen ein paralleles Mandat für Hausarztverträge erhalten wollte.

### 3.3 Weichenstellung zum Wettbewerb mit Einzelverträgen

Der entscheidende Durchbruch kam allerdings erst mit dem Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-WSG). Es veränderte die Handlungsmöglichkeiten und Machtpositionen der Leistungserbringer erheblich und bestimmte das Verhältnis zwischen den Krankenkassen und ihren Vertragspartnern neu. Das gilt jedoch für die verschiedenen Leistungserbringergruppen in unterschiedlichem Ausmaß und muss daher differenziert betrachtet werden. Grundsätzlich wurden zwar die Vertragsrechte der einzelnen Krankenkassen gestärkt (wodurch zugleich die Rolle der Kassenverbände geschwächt wurde). Dabei wurde jedoch der gesamte stationäre Sektor im GKV-WSG überhaupt nicht berührt. Die zentralen Regelungen bzw. Veränderungen betrafen vor allem die niedergelassenen Ärzte. Die einzelvertraglichen Rabattverträge im Bereich der Arzneimittel wurden von der Großen Koalition allerdings schon vor dem GKV-WSG im Rahmen des Arzneimittelversorgungs-Wirtschaftlichkeitsgesetz (AVWG) eingeführt, entsprachen aber der konzeptionellen Weichenstellung des GKV-WSG, die dort z.B. durch die Einführung einzelvertraglicher Ausschreibungen bei den Hilfsmitteln (§ 127 Sozialgesetzbuch (SGB V)) eine weitere Bestätigung erfahren hatte.<sup>23</sup>

Die Große Koalition orientierte mit dem GKV-WSG erstmals konsequent und explizit auf die schrittweise Ablösung der Kollektivverträge durch Einzelverträge der Kassen. Die neue Bundesregierung weiß dagegen noch nicht so recht, was sie in diesem Punkte will. Die Wahlkampfprioritäten und der Koalitionsvertrag bedienen noch viele klientelistische Positionen; inzwischen wirken aber auch die realpolitischen Erfordernisse und führen partiell zur Politik der gleichzeitigen Kostendämpfung und Effizienz- und Qualitätssteigerung zurück.

Effizienz- und Qualitätsreserven sind nach wie vor vorhanden und liegen *vor allem in der Organisation* der Versorgung. Die SPD hat dabei viel mehr als andere Parteien die Chance, in ihrem gesundheitspolitischen Konzept als konsequenter *Qualitäts- und Effizienzanwalt* im Interesse der Beitragszahler und der Patienten aufzutreten. Sie knüpft damit einerseits an die Grundlinien ihrer bisherigen Gesundheitspolitik und Gesetzgebungsverantwortung an. Andererseits sollte sie diese Perspektive in einigen Punkten radikalieren und sich zugleich vor den Verführungen opportunistischer Bündnisse und allzu einfacher Versprechungen hüten. Die folgenden Punkte geben dazu einige Hinweise.

### 3.4 Modernisierung der Versorgung

Das Leistungsversprechen der gesetzlichen Krankenversicherung ist nach dem Sozialgesetzbuch klar: „Qualität und Wirksamkeit der Leistungen haben dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse zu entsprechen und den medizinischen Fortschritt zu berücksichtigen.“ (§ 2 Abs. 1 Satz 3 SGB V) Das Angebot in der Gesundheitsversorgung muss daher ständig weiterentwickelt und qualitativ verbessert werden. Gleichzeitig soll dieses Leistungsangebot für die Versicherten der Krankenkassen aber finanzierbar bleiben. Aus diesen Anforderungen ergibt sich als *Daueraufgabe der Gesundheitspolitik*, die Rationalisierung und Produktivitätssteigerung in der Versorgung zu fördern. Die größten Potenziale zur Leistungssteigerung und somit auch zur Kostendämpfung liegen dabei in den etablierten Strukturen unseres Versorgungsangebots. Die Auflösung der Grenzen zwischen ambulanten und stationären Angeboten und den zugewiesenen Claims bestimmter Berufsgruppen muss dabei zum zentralen Ziel einer aufgeklärten Gesundheitspolitik werden.<sup>24</sup>

<sup>23</sup> Vgl. dazu ausführlicher Paquet 2009a: 147-151.

<sup>24</sup> Ein Beispiel für die institutionellen Hemmnisse eines patientenorientierten Umbaus der Versorgungsabläufe ist das Problem der sogenannten „transitional care“: Z.B. Menschen, die an Mukoviszidose leiden, können heute dank der Fortschritte in der Medizin das Erwachsenenalter erreichen. Die Behandlung der Krankheit ist aber bis heute ein Spezialgebiet von Kinder- und Jugendärzten, weil bis vor einigen Jahren die Patienten das Jugendalter meist nicht überlebt haben. Erstens ist die Behandlung von Erwachsenen durch Kinderärzte rechtlich nicht zulässig, zweitens wollen die erwachsenen Patienten nicht mehr zum „Kinder“-Arzt etc. Diese Versorgungsprobleme veranschaulichen exemplarisch den Modernisierungsbedarf. Weitere Beispiele und Anregungen finden sich in Bormann et al. 2009 und SVR 2009.

Heute sind Facharztpraxen vielfach in der Lage, Leistungen zu erbringen, die vor zwanzig Jahren nur von hochqualifizierten Krankenhäusern erbracht werden konnten (ambulante Operationen, Herzkatheter-Untersuchungen etc.). Umgekehrt ist es vielfach sinnvoll, die Kompetenzen der Krankenhäuser für die ambulante Versorgung zu nutzen. Daran sieht man, dass die früher starren Leistungsgrenzen zwischen den Sektoren allmählich verschwimmen. Die Überwindung dieser sektoralen Grenzen wurde mit dem Konzept der Integrierten Versorgung im Krankenversicherungsrecht bereits begonnen. Diese Entwicklung muss konsequent weitergeführt werden.

Heute gilt auch nicht mehr generell, dass die stationäre Versorgung bestimmter Krankheitsfälle teurer ist als ihre ambulante Versorgung. Überkommene Maximen der Gesundheitspolitik wie „ambulant vor stationär“ müssen daher heute relativiert werden. Der zentrale Hebel für eine Verflüssigung der sektoralen Grenzen ist dabei die Einführung eines einheitlichen Vergütungssystems medizinischer Leistungen für den stationären und ambulanten Bereich. Nur so kann ein fairer und auf eine *patientengerechte Organisation der Leistungsabläufe* ausgerichteter Wettbewerb unterschiedlicher Betriebsformen medizinischer Dienstleistungen erreicht werden. Dass dafür eine vereinheitlichte Preisbildung in allen Bereichen erforderlich ist, liegt auf der Hand: Das heißt z. B., dass auch die Investitionen im Krankenhausbereich über die Leistungspreise refinanziert werden müssen (monistische Finanzierung).

Nur die grundsätzliche Bereitschaft die Sektorengrenzen unseres Versorgungssystems zur Disposition zu stellen, bietet auch die Möglichkeit, die von der Sache her oft naheliegenden Mischformen in der Versorgung weiterzuentwickeln (Tages- und Nachtkliniken, Öffnung der Krankenhäuser für die fachärztliche Versorgung, Einbeziehung der Kliniken in die Organisation der Notdienste, poststationäre Betreuung der Patienten auch über einen längeren Zeitraum etc.).

Neue Kooperationsformen von Ärzten (und Fachpersonal mit anderen Versorgungsaufgaben in der Pflege, Physiotherapie, Logopädie bis hin zur Familientherapie etc.), so wie sie ansatzweise in den Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) konzipiert sind, sollten nachdrücklich unterstützt werden. Ihre Anbindung ans Krankenhaus bzw. ihre enge Kooperation mit stationären Einrichtungen liegt im Interesse der Patienten. Dabei ist die Kooperation der Ärzte (und der anderen Berufsgruppen) in größeren Verbänden der stärkste Antrieb zur *Qualitätssicherung*. Zusammenarbeit erfordert nämlich immer gemeinsame Regeln und die explizite Verständigung auf Standards und Ziele.

### 3.5 Überwindung berufsständischer Orientierung

Das größte Hindernis für diese Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen liegt in der *Rücksichtnahme auf überkommene berufsständische Interessen*. Im Gegensatz zu FDP und CDU/CSU, die sich seit Jahrzehnten weitgehend auf eine Klientelpolitik zugunsten der etablierten Berufsgruppen und Institutionen festgelegt haben, hat die SPD hier andere Möglichkeiten. Sie kann sich wirklich an den Interessen der Patienten orientieren und diese zum zentralen Maßstab der Veränderung in der Versorgung machen.<sup>25</sup>

Die Eifersüchteleien zwischen Ärztegruppen, zwischen ambulanten und stationären Anbietern und die immer noch mangelhafte Kooperation und Arbeitsteilung zwischen Ärzten und Pflegekräften sind jedoch massive Hindernisse auf dem Weg zu einer sachgerechten und effizienten Versorgung. Der in Deutschland im Vergleich zu anderen entwickelten Ländern besonders ausgeprägte Arztvorbehalt für viele Verrichtungen und Routineaufgaben frustriert die Krankenschwestern und Pflegekräfte und hält die Ärzte von planerischen Aufgaben und der Kommunikation mit den Patienten ab. In den Krankenhäusern klagen

25 Frage auf einem Gesundheitskongress: „Wem gehört der Herzinfarkt? Gehört er dem Kardiologen? Gehört er dem Internisten? Gehört er ins Krankenhaus? Oder gehört er richtig behandelt?“

die Ärzte z.B. über die Bürokratie, obwohl sich die Kliniken selbst gegen die regelhafte Übernahme der Behandlungs-Dokumentation durch spezialisierte Fachkräfte (medizinische Dokumentare) gewehrt hatten. Die Betriebsführung eines Krankenhauses oder eines größeren MVZ ist eine betriebswirtschaftliche Aufgabe, für die Mediziner nicht ausgebildet werden. Es ist daher vollkommen unsinnig, dass die neue Bundesregierung die Leitung eines MVZ ausschließlich Ärzten vorbehalten will. Das sind nur wenige Aspekte, die aber deutlich machen, dass die „Gesundheitspolitik“ immer noch zu viel mit *Standespolitik der Gesundheitsberufe* zu tun hat und immer noch zu wenig mit der Gesundheit der Patienten.

Ein vielversprechender Ansatz ist die Arbeit an einem *sektorübergreifenden Qualitätssicherungskonzept*. Der Gemeinsame Bundesausschuss, das zentrale Richtlinienremium für die GKV, hat diese Initiative gerade gestartet. Dass das keine Selbstverständlichkeit war, sondern dass es dazu einer besonderen gesetzlichen Ermächtigung im SGB V bedurfte, zeigt überdeutlich, wie auch das Regelwerk der Qualitätssicherung bisher auf die überkommenen *institutionellen* Strukturen ausgerichtet ist und eben nicht aus der Sicht des Patienten entwickelt wurde und nicht die aus dieser Perspektive sinnvollen Abläufe der Versorgung bzw. – ökonomisch gesprochen – die „optimale Faktorkombination“ für die Gesundheitsdienstleistungen ins Auge fasst. Dahinter steht das Grundproblem, dass das ganze Krankenversicherungsrecht an vorgefundenen und tradierten Institutionen ausgerichtet ist. Nicht die Patientenperspektive ist der Ausgangspunkt, sondern das Sozialgesetzbuch regelt die Rechte und Pflichten der Krankenhäuser, der Krankenkassen, der Ärzte und der Apotheker etc.

### 3.6 Fortbestehende Effizienzprobleme und politische Hemmnisse für einen konsequenten Vertragswettbewerb

Dass die beschriebenen Strukturprobleme durch Vertragswettbewerb in Bewegung gebracht werden können, ist nach wie vor die feste Überzeugung der meisten Gesundheitsökonomien. Es gibt nämlich nach wie vor Über-, Unter- und Fehlversorgung. Eine aktuellere Bestandsaufnahme zu Art und Ausmaß bestehender Ineffizienzen im deutschen Gesundheitssystem liegt mit einem Gutachten des IGES-Instituts im Auftrag des Bundesministeriums für Finanzen (BMF) vor (Rürup/IGES et al. 2009).<sup>26</sup> Dabei steht die systematische Darstellung der Effizienzpotenziale und ihrer „Hebungsmöglichkeiten“ durch Wettbewerb im Vordergrund.

Allerdings geht auch aus dieser Untersuchung hervor, dass die etablierten Sachwalter der Kollektivverträge den Zug zum Vertragswettbewerb immer abgeblockt haben und von Qualitäts- und Effizienzunterschieden nichts wissen wollten. Wenn man sich überhaupt auf entsprechende Überlegungen eingelassen hat, sollten diesbezügliche Aktivitäten nur in eigener Regie (z.B. durch die KVen) und mit von ihnen kontrollierten Ergebnissen zugelassen werden. Damit liegt auf der Hand, dass solche Kartelle nur mit politischem Zwang aufgebrochen werden können. Gerade im Krankenhausbereich, den auch das BMG-Gutachten als den vielversprechendsten Bereich für mehr Wettbewerbsinitiativen ausmacht,<sup>27</sup> bewähren sich die Landesregierungen als die Paten unwirtschaftlicher Strukturen.

Aber auch dort, wo sich die Politik auf echten, d.h. substitutiven, den Kollektivvertrag ersetzenden Wettbewerb eingelassen hat, hat sie das

26 Dabei ist vor allem der Annex interessant: Martin Albrecht, Bertram Häußler etc.: „Bestandsaufnahme: „Art und Ausmaß bestehender Ineffizienzen im deutschen Gesundheitssystem“.

27 Vgl. Rürup/IGES 2009: Abschlussbericht 16 f.

nur „nolens-volens“ getan. Dahinter steht durchaus guter Wille und die tief empfundene ethische Verantwortung der Politiker, dass die Versorgung bestimmten Mindestbedingungen genügen muss und für alle Versicherten annähernd gleiche Chancen auf eine qualitativ hochwertige Versorgung gesichert werden sollen.

Daher ist die „Modellversuchs-Argumentation“ immer wieder so beliebt als exemplarische Abwehr gegen weitergehende Wettbewerbsmodelle. „Wettbewerb“ wird darin im Vordersatz als Suchprozess befürwortet, aber im zweiten Halbsatz wieder gekappt: So wird erklärt, dass man die Möglichkeiten, die mehr Qualität und Effizienz versprechen, ohnehin zunächst einmal im Rahmen z. B. von Modellversuchen und „add-on-Verträgen erproben müsse. Dann stelle sich nach wenigen Jahren heraus, was das Beste sei. Das solle *dann für alle* gesetzlich (oder durch die Regelungen des gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA)) verallgemeinert werden.

Dagegen ist einzuwenden, dass es mit dem Fortschritt der Medizin inzwischen nicht nur tatsächliche Therapiealternativen gibt, die nebeneinander existieren und eine sinnvolle Präferenz-Entscheidung der Patienten erfordern. Die Versicherten sollten sich jenseits dieser Überlegung für unterschiedliche Organisationsmodelle der

Versorgung entscheiden können (z. B. für MVZs oder die ambulante Behandlung in einem Krankenhaus). Dabei gibt es einen permanenten Wandel der Möglichkeiten und in der Beurteilung vieler Verfahren und Organisationsmodelle, die selten zu einem endgültigen Ergebnis kommen.<sup>28</sup> Letztlich ist daher das *Bekenntnis zum Pluralismus der Versorgungsformen eine conditio sine qua non für echten Wettbewerb*. Denn wer immer schon vorher weiß, was gut ist, braucht auch kein „Erprobungsverfahren“ mehr. Und muss dann nicht ertragen, dass sich die Menschen eben für unterschiedliche Versorgungsmodelle entscheiden und entsprechend ihrer Präferenzen entscheiden wollen.

Das zentrale Problem, warum sich die Politik mit dem Wettbewerb so schwer tut, ist daher, dass man bei Wettbewerb *im Ergebnis – und nicht nur kurzfristig – Unterschiede* zulassen muss. Dass man es einem Markt überlassen muss, was passiert und die Ergebnisse nicht vorschreiben kann. Pluralität als Dauerzustand in einem Bereich, den die Politik zu regeln gewohnt ist, ist jedoch für Politiker (aller Parteien) schwer zu verkraften.

Trotz der beschriebenen Halbherzigkeit der Wettbewerbsorientierung in der Gesundheitspolitik gibt es immerhin für die GKV-Versorgung inzwischen einige Ansätze zu echtem Selektivvertrags-Wettbewerb.

---

28 Eine solche Bewertung ist etwas anderes als die naturwissenschaftlich zu klärende Frage nach der Wirksamkeit eines Wirkstoffs.

## 4. Welche wettbewerblichen Vertragstypen gibt es im SGB V?

Da es hier vor allem um das Verhältnis selektiver Verträge zum Kollektivvertrag geht, konzentriert sich die folgende Darstellung auf die Vertragsformen, die mehr oder weniger substitutiven Charakter haben und für die ambulante ärztliche Versorgung bedeutsam sind.<sup>29</sup>

### 4.1 Strukturverträge

In diesem Zusammenhang spielen die „Strukturverträge“ eine gewisse Vorläuferrolle. Sie wurden als Möglichkeit (§ 73a) durch das „Zweite Gesetz zur Neuordnung von Selbstverwaltung und Eigenverantwortung in der gesetzlichen Krankenversicherung (2. GKV-NOG)“ vom 23.6.1997 in das SGB V eingeführt. Mit ihnen sollten erstmals neue Vertragsformen „zur Gewährleistung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der vertragsärztlichen Versorgung sowie der ärztlich verordneten oder veranlassten Leistungen“ genutzt werden. Im Wortlaut der Vorschrift ging es bereits um „Vernetzte Praxen“, die Übertragung des Versorgungsauftrags an eine bestimmte Arztgruppe und die Ausgliederung der Honorierung aus der Gesamtvergütung in Form eines Sonderbudgets. In die Budgetverantwortung konnten die veranlassten Ausgaben für Arznei-, Verbands- und Hilfsmittel sowie weitere Leistungsbereiche einbezogen werden. Außerdem konnten die Vertragspartner auch von den Leistungsbewertungen abweichen, die für die Vergütung im Rahmen der

Gesamtverträge galten (Bundesmantelvertrag und einheitlicher Bewertungsmaßstab). Die Teilnahme von Versicherten und Vertragsärzten war (und ist) freiwillig.

Mit den Strukturverträgen sind die wesentlichen Elemente der Selektivverträge bereits eingeführt worden. Nur waren noch nicht die *Einzelkassen* als Vertragspartner benannt. Formale Vertragspartner waren die „Kassenärztlichen Vereinigungen“, die „Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen“. Blaupause dieser Vorschrift war das Praxisnetz Berlin, das der damalige BKK-Landesverband Berlin initiiert hatte. Dabei sollte für die BKK-Versicherten ein Managed Care-Modell umgesetzt werden, das durch eine verbesserte Betreuung chronisch Kranker insbesondere die Krankenhaushäufigkeit reduzieren sollte, die damals in Berlin noch weit über dem Bundesdurchschnitt lag. Die damit ersparten Krankenhaus-Tagessätze sollten den Mehraufwand der ambulanten ärztlichen Betreuung kompensieren.

Wegen der besonderen Berliner Krankenhausproblematik war die Kassenärztliche Vereinigung Berlin damals motiviert, die stationären Kosten zu Gunsten der niedergelassenen Ärzte einzudämmen. Zu einem späteren Zeitpunkt kam auch eine Einzelkasse, die Techniker Krankenkasse, hinzu und ist dem Vertrag beigetreten. Trotzdem ist das Praxisnetz Berlin schließlich gescheitert, weil weder für die beteiligten Ärzte, noch für die Patienten eine fühlbare, d.h. vertraglich sanktionierte Verbindlichkeit für die Teilnahme bzw.

<sup>29</sup> Unter diesen Gesichtspunkten kommen natürlich auch Modellvorhaben nach § 63 in Betracht. Sie können dabei durchaus auch wettbewerblichen Charakter haben. Sie beruhen insbesondere auf der Initiative der einzelnen Kassen und haben damit gerade die Abweichung von den kollektivvertraglichen Verfahren zum Gegenstand. Aus diesem Grund gelten die weiteren Ausführungen entsprechend auch für Modellvorhaben.

die Einhaltung der „Regeln des Netzes“ erreicht worden ist. Allerdings wurden bei diesem Projekt wertvolle Erfahrungen für die künftige Konzeption von Selektivverträgen gesammelt.

Die Option der Strukturverträge besteht immer noch, wird aber von den Kassen bzw. ihren Verbänden und den kassenärztlichen Vertragspartnern kaum mehr genutzt.

## 4.2 Strukturierte Behandlungsprogramme

Die Integrierte Versorgung (§ 140a ff.) wurde zwar historisch *vor* den strukturierten Behandlungsprogrammen (Disease-Management-Programme) eingeführt (1999), gewann aber erst Beachtung mit der Einführung der entsprechenden Anschubfinanzierung ab 2004. In der Darstellung der einzelvertraglichen Regelungen werden die DMPs daher *vor* der Integrationsversorgung behandelt, weil ihre Einführung die Diskussion um das Selektivvertragskonzept nachhaltig beeinflusst hat.

Die DMP-Programme (nach § 137f) wurden vor allem als Vorwegnahme des morbiditätsorientierten RSA verstanden und hatten die Funktion, den beteiligten Kassen zusätzliche Mittel zuzuführen. Trotzdem tragen sie wesentliche Merkmale des Selektivvertragskonzepts. Vor allem ist es die einzelne Kasse, die die Initiative dazu ergreifen muss. Sie muss die Leistungserbringer auswählen und vertraglich binden. Sie muss die für die jeweilige Indikation geeigneten Versicherten ansprechen und zur Einschreibung bewegen. Dabei wurde den Verbänden der Krankenkassen (§ 137f Abs. 5) nur eine unterstützende Funktion zugewiesen.

In der Substanz geht es bei den DMPs vor allem um eine bessere, kontinuierlichere und leitliniengerechte Versorgung der Patienten mit bestimmten chronischen Krankheiten. Der Kollektivvertrag wird insoweit nicht ersetzt, sondern ergänzt. Es geht also um ein indikationsspezifisches und qualitätsorientiertes „add-on“ zum Kollektivvertrag. Allerdings mit einzelnen Kassen, die sich zu diesem Zweck in Arbeitsgemeinschaften zusammenschließen können, und einzelnen Leis-

tungserbringern als Vertragspartnern. Das Element der freiwilligen Beteiligung der Versicherten wird dabei in Absatz 3 der Vorschrift ausdrücklich betont. Doch auch zwei weitere Elemente der DMPs sind für die Selektivverträge wichtig: „Die Krankenkassen können ihre Aufgaben zur Durchführung von mit zugelassenen Leistungserbringern vereinbarten Programmen ... auf Dritte übertragen“. (Absatz 5 Satz 2; Hervorhebung rp). Und die Krankenkassen oder ihre Verbände sind zur *Evaluation der Programme* durch unabhängige Wissenschaftler *verpflichtet*. Die Ergebnisse dieser Gutachten müssen veröffentlicht werden.

Seit der Einführung des morbiditätsorientierten RSA (Morbi-RSA) werden die DMPs nicht mehr in nennenswertem Umfang höher vergütet und haben daher ihre zeitweilige – und heftig umstrittene – Bedeutung weitgehend eingebüßt. Bei Geltung des Morbi-RSA müssten die einzelnen Krankenkassen eigentlich selbst daran interessiert sein, Disease-Management-Programme für geeignete Versicherte zu entwickeln bzw. anzubieten. Dafür bedürfte es jedoch nicht mehr des besonderen Anerkennungsverfahrens solcher Programme durch die Vorgaben des Gesundheitsministeriums, der Entwicklung der Anforderungsprofile durch den Gemeinsamen Bundesausschuss sowie der Zulassung der Programme durch das Bundesversicherungsamt. Seit Geltung des Morbi-RSA können die Kassen faktisch eigene DMPs inhaltlich und in der Wahl der Vertragspartner frei gestalten, wenn sie dazu die rechtliche Form der Integrationsversorgung nutzen.

## 4.3 Integrationsversorgung nach §§ 140a ff.

Mit dem „Gesetz zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherung ab dem Jahr 2000 (GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000)“ vom 22.12.1999 wurde die „Integrierte Versorgung“ (IV) im SGB V eingeführt. Danach können einzelne Krankenkassen Verträge über eine verschiedene Leistungssektoren übergreifende Versorgung der Versicherten abschließen. Das gilt auch für die „interdis-

ziplinär-fachübergreifende Versorgung“, was es ermöglicht, IV auch zwischen verschiedenen Facharztgruppen bzw. allein im ambulanten Versorgungsbereich zu vereinbaren. Vertragspartner sind dabei einzelne Leistungserbringer oder „deren Gemeinschaften“. Damit sind zwar Kassenärztliche Vereinigungen als Vertragspartner nicht grundsätzlich ausgeschlossen, stehen jedoch als Adressat für IV-Verträge nicht im Vordergrund.

Die Kassen dürfen dabei – das wurde im GKV-Modernisierungsgesetz 2004 (GMG) ausdrücklich als erster Satz der Vorschrift vorangestellt – ausdrücklich von den Regelungen der Kollektivverträge abweichen. Damit wurde der langjährigen Kritik an der wechselseitigen Abschottung der Leistungssektoren Rechnung getragen und sollte ein Anreiz für die Kassen gesetzt werden, die Sektorgrenzen durch wettbewerbliche Verträge zu überschreiten. Allerdings ist der zweite „Programmsatz“ der Vorschrift – durch das GMG der Zielbeschreibung in Absatz 1 hinzugefügt – irritierend und steht offensichtlich dem wettbewerblichen Handeln der Kassen entgegen: „Die Verträge zur integrierten Versorgung sollen eine *bevölkerungsbezogene Flächendeckung* (Hervorhebung rp) der Versorgung ermöglichen.“ Zugleich wird präzisiert, dass, soweit Verträge der IV gelten, der Sicherstellungsauftrag der Kassenärztlichen Vereinigungen eingeschränkt wird. Dass mit der IV nicht nur Qualitätsverbesserungen der Versorgung angestrebt, sondern auch *Einsparungen* erreicht werden sollen, geht aus der ausdrücklichen Maßgabe hervor, dass die ambulante Arzneimittelversorgung im Rahmen der IV durch Arzneimittel-Rabattverträge nach § 130a geregelt werden soll (Absatz 1 Satz 5).<sup>30</sup>

Für die IV hat sich eine ganze Bandbreite von Vertragsinhalten entwickelt. Die eine Seite wird markiert durch eine sehr eng gefasste, indika-

tionsspezifische Förderung der Kooperation. Das – üblicherweise kritisch berichtete – Standardbeispiel sind die IV-Verträge bei der Endoprothetik, die die Rehabilitation nach der Operation einbeziehen.<sup>31</sup> Anspruchsvollere Beispiele sind Verträge über die mit dem Krankenhaus koordinierte Nachsorge von Schlaganfallpatienten in der ambulanten Versorgung oder die stationär-ambulante Koordination bei der Behandlung von Schizophrenie, um „Drehtüreffekte“ bei der stationären Wiedereinweisung zu vermeiden. Auf der anderen Seite der Skala steht die koordinierte Versorgung der Bevölkerung in einer Region, wie es z. B. im Projekt „Gesundes Kinzigtal“ der AOK Baden-Württemberg angestrebt wird.

Dabei scheint das „Gesunde Kinzigtal“ mit seinem populationsbezogenen Versorgungsvertrag das „kleine gallische Dorf“ zu sein, in dem das funktioniert, was an keiner anderen Stelle Deutschlands zustande kommt. Die Ergebnisse sind zwar positiv (Gesundes Kinzigtal 2009), aber allein wegen des enormen Beratungs- und Betreuungsaufwands, der dort betrieben wird, erscheint das Modell schwerlich übertragbar. Die Zukunft der Integrationsverträge dürfte daher eher im indikationsspezifischen Bereich liegen.

In den Verträgen zur IV kann die Vergütung eigenständig gestaltet werden. Vorgesehen ist in der Regel ein Budget für die im Rahmen des vertraglichen Versorgungsauftrags in Anspruch genommenen Leistungen (§ 140c). Darüber hinaus ist es möglich, dass die Vertragspartner der Kassen die Budgetverantwortung auch für weitere definierte Leistungsbereiche übernehmen. Im Rahmen dieser „kombinierten Budgets“ sollten dann die ökonomischen Rationalisierungspotenziale einer besseren Koordination der Leistungserbringer gehoben werden. Die Vertragspartner haben in der Folge die Vergütung, die im Rahmen

30 Dass dieser Satz durch das Arzneimittelmarkt-Neuordnungsgesetz (AMNOG) aufgehoben wird, heißt nicht, dass diese Intention nicht weiterbesteht. Im Gegenteil: Zum Beispiel durch § 130c SGB V – neu – (durch das AMNOG) werden die Möglichkeiten der Kassen, Rabattverträge mit IV zu kombinieren, erweitert. Insoweit erübrigt sich der Hinweis auf eine einzelne gesetzliche Regelung.

31 Kritisiert wurde dabei, dass in vielen Fällen bestehende Kooperationsverträge (z. B. in Form von Strukturverträgen) in IV-Verträge „umfirmiert“ wurden, um in den Genuss der Anschubfinanzierung zu kommen. Es geht also um gegenüber der ursprünglichen Intention der IV sinnwidrige, wenn nicht missbräuchliche „Mitnahmeeffekte“.

der Kollektivverträge gezahlt wird (vor allem die sog. Gesamtvergütung an die KVen), um die Leistungen zu bereinigen, die im Rahmen der IV erbracht werden (§ 140d).

Durch das GKV-Modernisierungsgesetz erfuhr die IV eine besondere Förderung. In den Jahren 2004 bis 2008 stand jeweils ein Prozent der an die KVen zu entrichtenden Gesamtvergütung und ein Prozent der Vergütung der Krankenhausleistungen für Projekte der IV als Anschubfinanzierung zur Verfügung. Dadurch sollten die Kassen und Leistungserbringer motiviert werden, IV-Verträge abzuschließen und dabei neue Honorierungsformen zu erproben.

In seinem letzten Jahresgutachten nahm der Sachverständigenrat erneut eine Bestandsaufnahme zu den Integrationsverträgen vor. Dabei kritisierte der Rat erneut, dass die ursprünglich intendierte, sektorübergreifende Koordination zu selten stattfände. „Nach einer vom Rat durchgeführten repräsentativen Umfrage wiesen nur 55 der insgesamt 6.183 Ende 2008 gemeldeten Verträge einen Populationsbezug auf und die Verträge zur hausarztzentrierten Versorgung zeigten einen ähnlich bescheidenen Anteil.“ (SVR 2009: Kurzfassung 24) Um an den „Schnittstellen der Leistungssektoren einen zielorientierten Wettbewerb“ auszulösen, sieht der Rat u. a. folgenden Handlungsbedarf:

- „Die strukturierten Behandlungsprogramme sollten unter die integrierten Versorgungsformen subsumiert werden.
- Es besteht keine Notwendigkeit zu einem obligatorischen Angebot einer bestimmten Versorgungsform, wie z. B. der isolierten hausarztzentrierten Versorgung.
- Ein ergebnisoffener Wettbewerb sollte über das zukünftige Verhältnis von kollektiven und selektiven Verträgen entscheiden.
- Die Rabattverträge nach § 130a Abs. 3 SGB V befinden sich in einem überregulierten, intransparenten GKV-Arzneimittelmarkt.“ (SVR 2009: Kurzfassung 24)

An der beschriebenen Situation dürfte sich bis heute nicht viel geändert haben. Die Integra-

tionsversorgung ist – entgegen der ursprünglichen Absicht – nicht zu einem intensiven Wettbewerbsfeld für die Kassen geworden. Bei den Leistungserbringern ist die IV nicht umstritten und findet auch durchaus Anklang bei den Kassenärztlichen Vereinigungen. Auch diese Tatsache, dass die IV so wenig Konfliktstoff bietet, kann als Indiz dafür gewertet werden, dass sie ein relativ geringes Gefährdungspotenzial für die kollektivvertraglich geregelte Versorgung darstellt.

Insgesamt ist es relativ still um das Thema der Integrationsversorgung geworden, die nach ihrer Einführung im Jahre 2000 mit großem Enthusiasmus begleitet wurde, inzwischen aber nur noch ein Schattendasein führt. Nach wie vor wird das Konzept der Integrierten Versorgung als vielversprechend und zukunftssträftig angesehen. Fest steht jedoch: Die aktuellen politischen und wirtschaftlichen Rahmenbedingungen für die Krankenkassen und ihre Investitionsbereitschaft in diesem Bereich sind denkbar schlecht.<sup>32</sup>

#### 4.4 Weitere Versorgungsbereiche

Um echte, wettbewerbliche Selektivverträge handelt es sich bei den Arzneimittel-Rabattverträgen nach § 130a Absatz 8 SGB V. Sie bergen jedoch relativ geringen Konfliktstoff, da sie nicht einem Kollektivvertrag gegenüberstehen. Das dürfte erst anders werden, wenn die Arzneimittelhersteller zu Vertragspartnern in der Integrierten Versorgung werden, wie es jetzt mit dem GKV-Finanzierungsgesetz vorgesehen ist. Dann ginge nämlich die Arzneimittelversorgung über die Beschaffung von Waren des Gesundheitskonsums hinaus und wäre in einen komplexeren Dienstleistungsprozess integriert. Dieses Konzept der von der Pharmaindustrie so genannten „Mehrwertverträge“ würde auch die qualitativen und ökonomischen Verhältnisse komplizierter machen und dementsprechend das Konfliktpotenzial erhöhen.

Dass die Politik in Bezug auf wettbewerbliche Verträge nicht sehr mutig ist, zeigt sich an der Geschichte des § 127 (Verträge zu Hilfsmitteln). Mit

<sup>32</sup> Vgl. zuletzt etwa Laschet 2010.

dem GKV-WSG sollte dort ein wettbewerbliches Ausschreibungsverfahren die allgemeine Zulassung der Leistungserbringer ablösen. Mit dem GKV-OrgWG wurde die Orientierung auf Selektivverträge jedoch schnell wieder zurückgenommen (siehe auch Abschnitt 2.3).

Zu erwähnen ist in diesem Zusammenhang auch der erste Versuch, mit wettbewerblichen Verträgen ein *sektorübergreifendes Versorgungsmodell* voranzubringen. Es geht um die Öffnung der Krankenhäuser für die ambulante Versorgung am Beispiel von § 116b SGB V. Hier sollten die Krankenkassen nach dem Willen des GMG (2004) im Wettbewerb entsprechende Verträge mit den Krankenhäusern schließen. Da aber für die Leistungen kein Bereinigungsmechanismus im Hinblick auf die ambulante ärztliche Gesamtvergütung vorgesehen war, unterblieben solche Verträge aus der (berechtigten) Angst (der Kassen) vor einer letztlich doppelten Vergütung dieser Leistungen.

Im Ergebnis wollte die Politik die Krankenhäuser aber doch an der hochspezialisierten ambulanten Versorgung beteiligen. Entschieden wurde dann, dass die Länder in ihren jeweiligen Krankenhausplänen bestimmen, welche Krankenhäuser zu dieser Behandlung berechtigt sind. Alle Kassen sind danach gleichermaßen verpflichtet, diese nach den durchschnittlichen ambulanten Punktwerten zu vergüten. Sicher kann man zu Recht darüber streiten, ob ausgerechnet dieses Versorgungsthema der geeignete Einstieg für wettbewerbliche Verträge im Krankenhausbereich gewesen ist. Das Resultat ist jedoch insoweit be-

zeichnend, als *ein erster wettbewerblicher Vorstoß zugunsten der Kassen in einen regulatorischen Zwangsmechanismus mündete*, der die Kassen zu einer mechanistisch vorgeschriebenen (und jedenfalls zusätzlichen!) Vergütung verpflichtet.

Zu untersuchen, warum es bisher nicht zu weitergehenden Ansätzen eines Selektivvertrags-Wettbewerbs im *Krankenhausbereich* gekommen ist, – trotz diverser Versuche noch der sozialdemokratischen Führung des BMG und einiger Kassen – würde hier den Rahmen sprengen. Das Ziel, die fachärztliche Versorgung zu flexibilisieren, wäre hier als Motiv völlig ausreichend gewesen. Trotzdem ist jeder Ansatz dazu schließlich an der Hoheit der Länder gescheitert. Dabei ist hier bemerkenswert, dass die Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen selbst 2002 noch keinen Mut zur Forderung nach Selektivverträgen im Krankenhaus hatte (ARGE GKV 2002). Auch die GKV in ihrer Gesamtheit hat sich das bislang kaum zugetraut.

Der zentrale Konfliktpunkt des Themas sind die *Hausarztverträge nach § 73b* und die fachärztlichen Selektivverträge nach § 73c. Letztere haben aber nur Brisanz, wenn sie in Kombination mit den Hausarztverträgen abgeschlossen werden. Wenig Konfliktstoff enthalten sie, wenn es bei ihnen typischerweise um „kleinere“ indikations-spezifische Verträge mit speziellen Facharztgruppen geht. Verträge nach § 73c haben außerdem bisher keine größere Bedeutung erlangt und es steht auch kein Boom bevor. Insoweit konzentrieren wir uns im Folgenden auf das zentrale Problem der Hausarztverträge.

## 5. Die besondere Rolle der Hausarztverträge

### 5.1 Von der allgemeinen Förderung zur zunehmenden Verbindlichkeit

Dass die hausärztliche Versorgung einer besonderen Förderung bedarf, ist politisch allgemein akzeptiert. Offen ist dabei jedoch, in welcher Form und bis zu welchem Grad eine solche Förderung stattfinden soll. Die aktuell geltende Regelung ist hoch kontrovers. Dabei treffen in der Diskussion der hausärztlichen Versorgung sehr unterschiedliche Probleme der ambulanten ärztlichen Versorgung zusammen. Die allgemeinen Nachwuchsprobleme der Ärzteschaft, die konzeptionellen Fragen der Weiterbildung,<sup>33</sup> die Reform der ärztlichen Vergütung und die Fragen der Bedarfsplanung der ambulanten Versorgung<sup>34</sup> – um nur die wichtigsten zu nennen – bilden eine brisante Mischung. In diesem Zusammenhang soll nur auf einige dieser Aspekte eingegangen werden. Dabei sind vor allem die drei Schritte darzustellen, in denen es schließlich zu der besonders umstrittenen und letztlich paradoxen Situation kam, dass die Kassen heute Hausarztverträge in der Form von *Selektivverträgen* mit *einem ganz bestimmten* Vertragspartner abschließen müssen.

Bereits mit dem GKV-Modernisierungsgesetz (MG) wurden die Kassen verpflichtet, ihren Versicherten eine besondere hausärztliche (bzw. „hausarztzentrierte“) Versorgung anzubieten. Das Gesetz forderte die Kassen schon damals auf, zu diesem Zweck spezielle *Verträge* abzuschließen. Vertragspartner wären hier allerdings nach wie vor die Kassenärztlichen Vereinigungen gewesen. Da die Kassen jedoch im Großen und Ganzen nicht daran interessiert waren, für die Hausärzte mehr Honorar zu zahlen, kam es praktisch nicht

zu nennenswerten Abschlüssen und die Förderung der hausarztzentrierten Versorgung beschränkte sich weitgehend auf deklaratorische Bemühungen im Rahmen der Gesamtverträge mit den KVen.

Gerade unter diesen Bedingungen fühlten sich die Hausärzte jedoch häufig schlecht und ungerecht behandelt. Ob und wie weit die Hausärzte bei der Honorarverteilung tatsächlich benachteiligt waren, spielte für die weitere Entwicklung keine entscheidende Rolle. Jedenfalls wurde die hausärztliche Versorgung mit dem GKV-WSG auf eine neue Grundlage gestellt: Zum einen wurden die inhaltlichen Mindestanforderungen an die hausarztzentrierte Versorgung gesetzlich ausgestaltet und zum anderen wurden die von den Krankenkassen mit entsprechend qualifizierten Leistungsanbietern zu schließenden Verträge aus ihrer bisherigen Einbettung in den gesamtvertraglichen Rahmen herausgelöst.

Außerdem wurden die Kassen ausdrücklich verpflichtet, ihren Versicherten ggf. in Kooperation mit anderen Krankenkassen eine derartige flächendeckende Versorgung zur Verfügung zu stellen. Das bedeutete, dass die Kassen verpflichtet waren, entweder selbst oder zusammen mit Partnerkassen, Hausarztverträge mit geeigneten Leistungserbringern abzuschließen. In Absatz 4 wurden die potenziellen Vertragspartner benannt. Dabei hatte der Gesetzgeber bereits bevorzugt den Hausärzteverband im Auge. Die Kassenärztlichen Vereinigungen sollten nur noch dann als Vertragspartner in Frage kommen, soweit sie von den Hausärztevereinigungen dazu ermächtigt würden. Der entscheidende Satz der Vorschrift war jedoch: „Ein Anspruch auf Vertragsabschluss besteht nicht.“

33 Fortgesetzte Spezialisierung der Facharztausbildung versus Ausrichtung auf die versorgungspraktischen Alltagsaufgaben ....

34 Ausführlich dazu: Paquet 2009b: 3 ff.

Es gab somit keinen Sanktionsmechanismus bei Nicht-Zustandekommen solcher Verträge. Gleichzeitig waren die Forderungen der Hausärzte nach Abschluss entsprechender Vereinbarungen und – in Verbindung damit – nach erheblichen Honorarerhöhungen so laut, dass die Kassen nicht verantworten konnten, solche Abschlüsse vorzunehmen. Nur die AOK Baden-Württemberg hat auf dieser Basis einen Vertrag mit dem dortigen Hausärzteverband abgeschlossen. Auch die mit dem GKV-WSG vorgenommene Reform der KVen konnte die Lage nicht befrieden. Danach sollte die KV-Spitze jeweils mit zwei hauptamtlichen Vorständen besetzt werden, wobei der eine Vorstand als Interessenvertreter der Hausärzte vorgesehen war. Die Konstruktion scheiterte bereits an der Spitze der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV), in der der vormalige Vorsitzende des Hausärzteverbandes Vorstand wurde und nach kaum einem Jahr in dieser Funktion wieder geschasst wurde (Mitte 2008). Auf die eigentümliche Dynamik solcher Prozesse soll hier nicht näher eingegangen werden; im Ergebnis wurde Ulrich Weigeldt wenige Monate später erneut an die Spitze des Hausärzteverbandes gewählt.

## 5.2 Zuspitzung der Konflikte

Genau in dieser Phase spitzte sich die Auseinandersetzung um die Hausarztverträge wieder zu und der dritte Schritt zur aktuellen Rechtslage wurde vollzogen. Der Hausärzteverband ist in seinen südlichen Landesbezirken besonders stark und in Bayern auch besonders radikal. So bot die im Herbst 2008 bevorstehende bayerische Landtagswahl dem bayerischen Hausärzteverband die Gelegenheit, die um ihre Mehrheit bangende bayerische „Staatspartei“ CSU so unter Druck zu setzen, dass sie bundespolitisch im GKV-Organisationsweiterentwicklungsgesetz (GKV-OrgWG) eine faktische Abschlussverpflichtung für Hausarztverträge mit dem Hausärzteverband durchgesetzt hat. Nach der neuen Fassung von Absatz 4 „haben Krankenkassen allein oder in Kooperation mit anderen Krankenkassen spätestens bis zum 30. Juni 2009 Verträge mit Gemeinschaften zu schließen, die mindestens die Hälfte der an der

hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Allgemeinärzte des Bezirks der Kassenärztlichen Vereinigung vertreten. Können sich die Vertragsparteien nicht einigen, kann die Gemeinschaft die Einleitung eines Schiedsverfahrens ... beantragen.“ Diese Privilegierung des Hausärzteverbandes traf an der damaligen Spitze des BMG durchaus auf Sympathie.

Nur wenn die Krankenkassen in dem Bezirk einer Kassenärztlichen Vereinigung keinen Vertragspartner finden, der die genannten Voraussetzungen erfüllt, haben sie subsidiär auch die Möglichkeit, entsprechende Verträge z. B. mit den KVen zu schließen. Damit wurde praktisch dem Deutschen Hausärzteverband beziehungsweise seinen Landesverbänden in vielen Regionen ein Vertragsmonopol eingeräumt.

Auch im Koalitionsvertrag der neuen Bundesregierung wurde diese Bestimmung auf Betreiben der CSU nicht angetastet, obwohl die Zwangsregelung für die FDP und den neuen Gesundheitsminister ein Dorn im Auge ist. Vereinbart wurde nur flau, nach drei Jahren eine „Überprüfung“ der Hausarztverträge vorzunehmen. Um den Koalitionsvertrag zu erfüllen, musste Minister Rösler sogar gleich zu Beginn seiner Amtszeit gesetzgeberisch tätig werden. Mit dem „Gesetz zur Änderung krankensicherungsrechtlicher und anderer Vorschriften“ sorgte die Koalition für eine Verlängerung der *Übergangsregelung für den Datentransfer an private Abrechnungsstellen* im Bereich der ambulanten Notfallbehandlung im Krankenhaus und im Bereich der Selektivverträge. § 73b hätte sonst bis zum 1. Juli 2010 modifiziert werden müssen. Grund hierfür war, dass mit der Novelle des Arzneimittelgesetzes 2009 (15. AMG-Novelle) eine neue Rechtsgrundlage geschaffen wurde, damit private Anbieter weiter die Abrechnung von ärztlichen Leistungen – zum Beispiel im Rahmen von Hausarztverträgen – übernehmen dürfen. Diese Rechtsgrundlage war bis zum 30. Juni 2010 befristet und wurde nun von Minister Rösler zähneknirschend um ein Jahr verlängert.

Mit dem GKV-Finanzierungsgesetz (GKV-FinG) hätte der Minister gern die Verpflichtung der Krankenkassen, Hausarztverträge abzuschließen, gestrichen. Dies war jedoch mit der CSU, die

auf dem Koalitionsvertrag beharrte, nicht zu machen. Mit der im Gesetz vorgesehenen Begrenzung der HzV-Vergütung hat Rösler dennoch eine erhebliche Modifikation durchgesetzt. Danach dürfen neue Hausarztverträge nicht mehr höher vergütet werden als die hausärztliche Versorgung im Rahmen der Regelversorgung kostet, es sei denn, zur Kompensation werden Einsparungen in anderen Leistungsbereichen nachgewiesen.

Allerdings kam man um eine Bestandsschutzregelung für bereits abgeschlossene Hausarztverträge nicht herum. Das bezieht sich insbesondere auf die freiwillig mit den jeweiligen AOKen abgeschlossenen Verträge in Bayern und Baden-Württemberg und die in diesen Bundesländern meistens durch Schiedsentscheidungen in Kraft gesetzten Verträge (nach dem Vorbild der AOK-Verträge) mit den Kassen der anderen Kassenarten. In anderen Bundesländern gab es dagegen nur wenige Fälle von Schiedsentscheidungen vor dem Stichtag für den Bestandsschutz (Kabinettsentscheidung über das GKV-FinG am 22.9.2010). Ausgesprochen Pech hatte die Techniker Krankenkasse, die noch im Mai 2010, d.h. noch vor der Koalitionsentscheidung über die „Eckpunkte“ zum GKV-FinG, einen bundesweiten Vertrag mit dem Hausärzterverband abgeschlossen hatte. In anderen Bundesländern, insbesondere in Sachsen-Anhalt und Niedersachsen ist die Lage grundsätzlich anders. Dort sind die regionalen Hausarztverbände – sehr zum Unwillen der Bundesebene des Hausärzterverbandes – bereit, die KVen zu beauftragen und mit ihnen zusammenzuarbeiten.

Der bayerische Hausärzterverband – immer schon die Speerspitze der Vertretung hausärztlicher Sonderinteressen – hat dieses Ergebnis insgesamt als Verrat an den Hausärzten und politischen Etikettenschwindel bezeichnet und seine Mitglieder zum Ausstieg aus dem System der Kassenärztlichen Vereinigungen aufgefordert.<sup>35</sup>

Ulrich Weigeldt, der Bundesvorsitzende des Deutschen Hausärzterverbandes, beschreibt die Situation im Sommer 2010 so, dass rund 3,9 Millionen Versicherte in Hausarztverträge eingeschrieben und circa 20.000 Ärzte beteiligt seien.<sup>36</sup> Ende September gebe es vier bundesweite und 187 regionale, freiwillig geschlossene und bislang 176 geschiedste Verträge.<sup>37</sup> Weit über tausend Schiedsverfahren seien noch anhängig.

### 5.3 Selektivverträge mit Fachärzten

Eine weitere Möglichkeit zum Abschluss substitutiver Selektivverträge bietet § 73c „Besondere ambulante ärztliche Versorgung“, der sich – angesichts der Verpflichtung zum Abschluss von Hausarztverträgen – konsequenterweise vor allem auf die fachärztliche Versorgung richtet. Im Gegensatz zu den Hausarztverträgen gilt hier noch: „Ein Anspruch auf Vertragsabschluss besteht nicht.“ (Abs. 3 Satz 2) Allerdings ist auch in diesen Fällen der Sicherstellungsauftrag der KVen „nach § 75 Abs. 1 eingeschränkt“, soweit die Versorgung der Versicherten durch Verträge dieser Art durchgeführt wird. Die rechtliche Konstruktion dieses Vertragstyps richtet sich jedoch vor allem deshalb weniger gegen die KVen, weil auch sie selbst primär wählbare (und nicht nur subsidiäre) Vertragspartner der Kassen sein können (Abs. 3 Satz 1).

Wieweit es Verträge nach § 73c gibt und wie weit ihr Versorgungsauftrag reicht, ist undurchsichtig. Es gibt keine zentrale Registrierung und erst recht keine Evaluation der Selektivverträge. Die Bedeutung eigenständiger Verträge nach § 73c dürfte jedoch insgesamt gering sein. Soweit es sie gibt, dürften sie im allgemeinen den Charakter von qualitätsorientierten Add-on-Verträgen mit den KVen für bestimmte Facharztgruppen haben. Einen anderen Stellenwert haben sie allerdings als Ergänzung der Hausarztverträge.

35 Offener Brief des bayerischen Vorsitzenden Dr. Wolfgang Hoppenhaller an Ministerpräsident Seehofer, vgl. Süddeutsche Zeitung vom 4.11.2010.

36 Bei der Tagung „Kollektivverträge und Selektivverträge in der ambulanten ärztlichen Versorgung“ der Gesellschaft für Sozialen Fortschritt am 17.7.2010 in Berlin.

37 Schütze-Brief Nr.72 / 2010 vom 20.9.2010: 4 f.

Vor allem die AOK-Baden-Württemberg sieht sich als Vorreiter beim Abschluss von Selektivverträgen für Haus- und Fachärzte. Der eingeschlagene Versorgungsweg mit Selektivverträgen außerhalb des KV-Systems auf Basis der §§ 73b und 73c SGB V setze „nach einhelliger Meinung der Vertragspartner“ erfolgreich an den Hauptproblemen der kollektivvertraglichen Regelversorgung an: der unzureichenden Koordination der Behandlung, die zu Unter-, Fehl- oder Überversorgung der Patienten führe, und der schlecht kalkulierbaren Vergütung ärztlicher Leistungen, die zudem falsche Anreize setze.<sup>38</sup>

Die Vertragspartner hätten dabei jedoch nicht die Absicht, das KV-System zu ersetzen. Es solle, wie MEDI-Chef Dr. Werner Baumgärtner betont, dauerhaft um eine bereits bewährte und notwendige ambulante Versorgungsform ergänzt werden. Man strebe „ein faires und geordnetes Nebeneinander von Kollektivvertrag und Selektivverträgen mit regionaler Gestaltungshoheit“ an. Ärzte und Versicherte sollten frei entscheiden können, in welchem System sie sich besser aufgehoben fühlten.

Für den Vorsitzenden des Hausärztesverbandes Baden-Württemberg, Dr. Berthold Dietsche, ist die Verbesserung der zentralen Steuerungsfunktion des Hausarztes von besonderer Bedeutung. Durch die definierten Behandlungspfade für wichtige Indikationen wie Herzinsuffizienz oder chronisch entzündliche Magen- und Darmerkrankungen würden die Kooperation und Kommunikation von Hausarzt und Facharzt gefördert und die Behandlungseffizienz zum Nutzen der Patienten weiter verbessert. „Für unsere Patienten wirkt sich das konkret unter anderem in deutlich kürzeren Wartezeiten für einen Facharzttermin aus.“ Daher sei es selbstverständlich, dass Hausärzte ihre Patienten auch in das AOK-Facharzt-Programm einschrieben.

Aus Sicht der AOK sei die bessere Versorgungsqualität trotz höherer Arzthonorare finanzneutral. Durch erfolgreiche Versorgungssteuerung, unter anderem im Medikamentenbereich,

würden Einsparungen erzielt. Das A und O sei die strukturierte engere Verzahnung der beiden Versorgungsebenen, so der Vorstandsvorsitzende der AOK Baden-Württemberg, Dr. Rolf Hoberg. Das verbessere die gesundheitliche Versorgung, erspare dem Patienten Doppeluntersuchungen und minimiere unnötige Krankenhauseinweisungen. Das 2010 mit den Bereichen Kardiologie und Gastroenterologie gestartete AOK-Facharzt-Programm solle daher im nächsten Jahr um die Bereiche Neurologie/Psychiatrie und Orthopädie ausgedehnt werden. Dieser § 73c-Vertrag umfasse ebenso wie der Kardiologievertrag die komplette fachärztliche Versorgung.

#### 5.4 Der politische Kontext und die resultierenden Probleme

Der kompetente Aufstieg des Hausärztesverbandes hat eine lange Vorgeschichte. Seine besondere Privilegierung als de facto monopolistischer Vertragspartner in § 73b SGB V aufgrund der politischen Ereignisse in Bayern ist nur die offensichtliche Manifestation einer lange währenden Hofierung der Hausärzte durch viele Politiker. Insbesondere die SPD wollte einen Hebel haben, um die Verhältnisse in der kassenärztlichen Versorgung aufzustemmen und die KVen unter wettbewerblichen Druck zu setzen. Dafür bot sich nur der Hausarztverband an. Den anderen Ärztegruppen und ihren Berufsverbänden mangelte es an Organisationsfähigkeit; einige hatten nicht einmal die Perspektive, eigenständige Verträge abzuschließen. Viele Facharztverbände sind zu klein. Andere Ärztegruppierungen sind in ihrer Haltung zum KV-System nicht einigungsfähig. Im Gegensatz dazu hatte und hat der Hausärztesverband eine glasklare Haltung. Inzwischen ist er auch nicht mehr für die Institutionalisierung einer gesonderten *Hausarzt-KV* zu haben. Stattdessen hat er sich frühzeitig mit dem Aufbau der hausärztlichen Vertragsgemeinschaft organisatorisch für die Selektivverträge fit gemacht.

38 Mitteilung des MEDI-Verbandes Baden-Württemberg vom 10.11.2010.

Die FDP würde die Rechtslage lieber heute als morgen ändern. Die CSU ist dagegen gezwungen, den Status quo zu loben und fortzusetzen. Bei der CDU zeigen sich die Landespolitiker in Baden-Württemberg an der Seite ihrer AOK und rühmen deren Hausarztvertrag. Die SPD übt sich in Solidarität mit dem Hausärzteverband. Bei den Kassen sind nur die beiden Süd-AOKen für die Beibehaltung des Status quo. Die übrigen Kassen und ihre Verbände stehen dem geltenden § 73b überwiegend kritisch gegenüber.

Aus den Hausarztverträgen resultieren erhebliche Probleme, die bis zur Existenzgefährdung bzw. Funktionsunfähigkeit der Kassenärztlichen Vereinigungen führen können. Dabei ist die Budgetbereinigung für die Hausarztverträge noch ein lösbares Problem. Schwieriger ist die Tatsache, dass beim Zustandekommen von Verträgen nach § 73b der Sicherstellungsauftrag der KVen eingeschränkt wird (§ 73b Abs. 4 Satz 6). Die Vorstellung eines gespaltenen Sicherstellungsauftrags ist aber mit der Grundkonzeption der KVen als umfassender körperschaftlicher Institution aller Vertragsärzte nicht vereinbar. Praktisch machen sich die Probleme bei der Qualitätsverantwortung der

KVen, ihrer Disziplinarfunktion gegenüber den Kassenärzten und insbesondere der Zulassung und Bedarfsplanung geltend.

Der Hausärzteverband ist dagegen ein ausschließlich privatrechtlicher Vertragspartner der Kassen, der einerseits zu nichts verpflichtet ist, andererseits auch nicht bereit ist, etwa für eine flächendeckende Versorgung Verantwortung zu übernehmen. Stattdessen fordert er in seiner letzten Bundestagung in Dresden weitergehende Mitspracherechte in der „gemeinsamen Selbstverwaltung der GKV“ (Gemeinsamer Bundesausschuss), was jedoch deren körperschaftlicher Legitimationskette grundlegend widersprechen würde.

Mit anderen Worten: In der Kontroverse um die Hausarztverträge schießen alle aktuellen Probleme der ambulanten ärztlichen Versorgung zusammen: regionaler Hausärztemangel, Vergütungsprobleme, Qualitätssicherung, die Koordination patientenorientierter und sektorübergreifender Maßnahmen etc. An den Hausarztverträgen könnte sich somit das Schicksal der substitutiven Selektivverträge insgesamt entscheiden.

## 6. Die Positionen der Akteure zu den Selektivverträgen

### 6.1 Bundespolitik

Die *Große Koalition* orientierte erstmals konsequent auf den Wettbewerb der Kassen mit Selektivverträgen (vgl. auch Kapitel 3). Die neue Bundesregierung hält mindestens rhetorisch am Vertrags-Wettbewerb für die Kassen fest, obwohl dem einige explizit klientelistische Bestimmungen des Koalitionsvertrages widersprechen (Modifikation der MVZs, Bestandsgarantie für die KVen etc.). Am Vertragsrecht der Kassen wurde bis Ende 2010 zunächst einmal nichts geändert; auch die Hausarztverträge nach § 73b blieben auf Betreiben der CSU bestehen, allerdings entgegen der Überzeugung der FDP und weiter Teile der CDU. Es bleibt daher abzuwarten, ob und wie weit die aktuelle Regierungskoalition den Wettbewerb durch eine – naturgemäß konfliktreiche – Gesetzgebung weiter fördert oder eher den Fortbestand des korporatistischen Systems pflegt. Die Sache erscheint bislang unentschieden und die verschiedenen politischen Akteure sind noch hin- und hergerissen.

Bei der *Opposition* ist man inzwischen nicht mehr so sicher, ob die SPD noch so klar zu einem wettbewerblichen Konzept steht, wie zu den Zeiten ihrer Regierungsbeteiligung. Das klare Bekenntnis zu den Hausarztverträgen ist möglicherweise eher als Votum für ein konsequentes Primärarztsystem zu interpretieren, denn als klare Unterstützung des Kassenwettbewerbs. Im Übrigen muss sich die SPD nicht mehr entschieden und präzise äußern, was ein allfälliger Vorteil von Oppositionsparteien ist. Für die zweite Partei in dieser Rolle, die GRÜNEN, gilt das noch viel allgemeiner, jedenfalls, was die Frage des Vertrags-

wettbewerbs betrifft. Das Thema steht nicht im Vordergrund ihrer gesundheitspolitischen Agenda und daher können die diesbezüglichen Äußerungen diffus bleiben. Eindeutig ist dagegen die Haltung der LINKEN: Sie lehnt Wettbewerb im Rahmen der Sozialleistungssysteme grundsätzlich ab. Die Kassenärztlichen Vereinigungen sollen auf ihre ursprünglichen körperschaftlichen Ordnungsaufgaben zurückgeführt werden und zusammen mit den Ländern die erforderlichen Planungsaufgaben für ein einheitliches und kohärentes Versorgungsangebot übernehmen. Im Rahmen der GKV-Versorgung hält die LINKE die Erzeugung von Effizienz und Qualität durch ökonomische Anreize des Wettbewerbs und eine differenzierte Vertragspolitik für eine gefährliche Illusion.

### 6.2 Bundesländer

Eher skeptisch gegenüber dem Wettbewerb ist auch die mehrheitliche Position der Bundesländer. Selektivverträge sollen danach nur als add-on zum Kollektivvertrag funktionieren und diesen mit Innovationen oder Modellversuchen bereichern. Vertragsaufsicht wird auch als Versorgungsaufsicht verstanden.<sup>39</sup> Aus diesem Aufgabenverständnis bemühen sich die Länder um eine integrierte, sektorübergreifende Versorgungsplanung, die weitgehend und federführend unter ihrer Regie stattfinden soll. Dazu fordert die letzte Gesundheitsministerkonferenz (GMK) zwar nicht mehr die gesetzliche Etablierung eines „GKV-Spitzenverbandes Land“. Aber „Abschlussbevoll-

<sup>39</sup> So z. B. Dr. Dr. Reinhardt Nehring, Abteilungsleiter Gesundheit und Verbraucherschutz im Ministerium für Gesundheit und Soziales, Sachsen-Anhalt, bei der Tagung der Gesellschaft für Sozialen Fortschritt am 17.7.2010.

mächtigte“ der Kassen auf Landesebene, die für eine Verbindlichkeit und Einheitlichkeit der jeweiligen Landesplanungen eintreten sollen, könnten die gleiche Funktion erfüllen.<sup>40</sup>

Die Tatsache, dass die Landesregierungen in Bayern und Baden-Württemberg die Hausarztverträge ihrer jeweiligen AOKen und die größtenteils durch die Schiedspersonen zustande gekommenen Hausarztverträge der anderen Kassenarten positiv bewerten, ist nicht als Bekenntnis zum (selektiven) Vertragswettbewerb der Kassen zu verstehen, sondern als Ausdruck des Einverständnisses mit einer bis auf weiteres gelungenen versorgungspolitischen Befriedung in ihren Ländern. Die radikalisierten Hausärzte sitzen der Politik mehr im Nacken, als es die KVen jemals konnten. Jedenfalls diese beiden Landesregierungen reagieren angesichts des Drohpotenzials der regionalen Hausarztverbände opportunistisch.

### 6.3 Krankenkassen

Auch bei den Krankenkassen dominiert – trotz fortgesetzter Wettbewerbsrhetorik – die Skepsis gegenüber einem den Kollektivvertrag ersetzenden Wettbewerb. Der GKV-Spitzenverband kritisiert zwar, dass die Verträge zur hausarztzentrierten Versorgung nach § 73b auf eine Monopolstellung des Hausärztes hinauslaufen: Der Abschluss solcher Verträge sollte wieder freiwillig werden. Allerdings steht dahinter kein ausgearbeitetes oder erkennbares Konzept, wie ein „faïres Nebeneinander“ von Selektivverträgen und Kollektivvertrag in der ambulanten ärztlichen Versorgung aussehen bzw. sich entwickeln soll. Soll es auf eine Situation hinauslaufen, in der der überwiegende Anteil der Versorgung in Form von (mehreren) Selektivverträgen geleistet wird und der Kollektivvertrag nur noch eine marginale, jedoch notwendige Basisfunktion hat (z. B. für die Notfallversorgung und den Bereitschaftsdienst)?

Zu dieser Frage gibt es sicher persönliche Antworten und Meinungen der einzelnen Akteure des Verbandes. Dass es dazu aber keine offizielle Position des Verbandes gibt, ist durch die Heterogenität der darin vertretenen Positionen zu erklären. Immerhin ist bemerkenswert, dass sich der GKV SV auch im Bereich der stationären Behandlung für eine wettbewerbliche Öffnung der Verträge einsetzt: Die Kassen sollen für planbare Leistungen mit einzelnen Krankenhäusern gesonderte Verträge schließen können. Die Ernsthaftigkeit dieser Position muss jedoch so lange nicht auf den Prüfstand, wie die Bundesländer – geschlossen und auf rechtlich gesicherter Grundlage – jede Vertragsdifferenzierung bei der stationären Versorgung ablehnen, jedenfalls soweit sie ein Abweichung vom Krankenhausplan bedeuten würde.

Auf der Ebene der Bundesverbände der Kassenarten kritisiert der AOK Bundesverband – trotz der gegenteiligen Position seiner beiden starken Mitglieder im Süden – die Monopolstellung der Hausärzte beim § 73b und tritt grundsätzlich für einen Selektivvertragswettbewerb in der ambulanten ärztlichen Versorgung ein. Dabei spielt sicher das Selbstbewusstsein eine Rolle, dass die AOKen in fast allen Ländern Marktführer sind und demnach eine besonders günstige Ausgangsposition für wettbewerbliche Verträge hätten. Auch für die stationäre Versorgung setzt sich der AOK Bundesverband – im Konsens mit den einzelnen AOKen – für die Öffnung für selektive Verträge über planbare Leistungen ein.<sup>41</sup>

Der Verband der Ersatzkassen ist in dieser Beziehung verhaltener. Selbst seine großen Einzelmitglieder können es nicht mit der AOK aufnehmen und insoweit sind die Kollektivverträge des Verbandes für sie die günstigere Option. Der Wettbewerb soll sich nur im Bereich der Ergänzung des Kollektivvertrages abspielen (add-on). Basis bleiben nach dieser Vorstellung die Gesamtverträge der Kassenverbände, die sich jedoch zwi-

40 Vgl. Beschlüsse der 83. GMK am 1. Juli 2010 in Hannover und Beschlüsse der Sonder-GMK am 25.10.2010 in Berlin zur „Stärkung der Gestaltungsmöglichkeiten der Länder in der medizinischen Versorgung“.

41 Vgl. grundlegend Leber 2008: 81-105 und aktuell Mohrmann/Koch 2011: 61-79.

schen den Kassenarten substantiell nicht unterscheiden.

Dass bei einzelnen Kassen (der anderer Kassenarten) gelegentlich auch mutigere Töne pro-Selektivvertrag zu vernehmen sind, ist nur so ernst zu nehmen, wie die Wahrscheinlichkeit besteht, dass diese Kassen entsprechende Ankündigungen (nicht) einlösen müssen. Schließlich gilt für alle Kassen, dass sie gelegentlich den Versuchungen des „Schaufensterwettbewerbs“ erliegen. Manche Verträge werden einfach geschlossen, um guten Willen zu bekunden. Mit der stillen Hoffnung, dass sich in der Praxis möglichst wenig Versicherte darauf berufen werden.

## 6.4 Leistungserbringer

Die Organisationen der Leistungserbringer sind fast alle für die Beibehaltung des Status quo; allen voran die KBV wendet sich gegen die Konstruktion der Hausarztverträge und will den Vertragswettbewerb auf Modellversuche und Erprobungsleistungen beschränken. Add-on-Verträge für Qualitätsverbesserungen und die Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen werden jedoch positiv bewertet. Nur der Kollektivvertrag kann nach Auffassung der KBV ein flächendeckendes, einheitliches und qualitätsvolles Versorgungssystem sichern. Die KBV nimmt dabei für das

KV-System in Anspruch, dass es das eigentliche Rückgrat und die Garantie der *Solidarität* in der GKV-organisierten Versorgung sei. Die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) lehnt Vertragsdifferenzierung entschieden ab.

Von den Ärzteorganisationen ist nur der *Hausärzteverband* für Selektivverträge, aber auch nur so weit, wie er dabei eine privilegierte Rolle als verpflichtender Vertragspartner genießt. Jede Änderung des § 73b führt nach seiner Auffassung zur Existenzgefährdung der hausärztlichen Versorgung überhaupt. Auch bei den Krankenhäusern gibt es eine Gruppe von „Abweichlern“; der Bundesverband der Privatkanneanstalten (BDPK) kann sich jedenfalls einen behutsamen Einstieg in den Wettbewerb mit selektivvertraglichen Konstruktionen vorstellen.

## 6.5 Wissenschaft

Von wissenschaftlicher Seite sprechen sich fast alle relevanten Sachverständigen für eine Ausweitung des Wettbewerbs mit Selektivverträgen aus. Das gilt für den Sachverständigenrat für Gesundheit (SVR 2009), den gesamtwirtschaftlichen Sachverständigenrat, die Monopolkommission und beispielsweise die Gutachtergruppe des Bundesministeriums für Finanzen (Rürup/IGES et al. 2009).

## 7. Perspektive der Patienten

### 7.1 Grundsätzliche Probleme

Ein erfolgversprechendes Selektivvertragssystem steht und fällt mit der Fähigkeit der Kassen, ihre Versicherten in ihre jeweiligen Verträge einzusteuern.<sup>42</sup> Dabei sind die institutionellen Interessen der Kassen nicht selbstverständlich deckungsgleich mit den Interessen der Versicherten bzw. bestimmter Patientengruppen. Einerseits vertrauen die Versicherten den Kassen, die sie gewählt haben. Andererseits haben sie den nicht ganz unberechtigten Verdacht, dass die Kostendämpfungsbemühungen ihrer Kasse zu ihren Lasten gehen könnten.<sup>43</sup>

Intuitiv fällt es auch schwer, den Kassen die beanspruchte Rolle als „Qualitätsanwälte“ zu glauben. Das hängt einerseits mit dem intransparenten System der Selbstverwaltung zusammen, hat aber auch mit der grundsätzlichen Komplexität der Bewertung von Behandlungsqualität zu tun.

Qualitätsargumente verfangen außerdem nur bei Patienten mit einem entsprechenden Leidensdruck. Bei den „normalen“ Versicherten, die nur gelegentlich die Patientenrolle einnehmen, die also nicht chronisch behandlungsbedürftig sind, dürfte die Bereitschaft, sich „steuern zu las-

sen“, eher gering sein. Und das ist – Gott sei Dank – immer noch die Mehrheit der Versicherten.<sup>44</sup>

Kassen versuchen daher auch, den Versicherten ihre Vertragsangebote mit finanziellen Anreizen (Boni, Verzicht auf Praxisgebühr oder Arzneimittelzuzahlungen) schmackhaft zu machen. Dabei sind die Kassen letztlich immer auf die Kooperation durch die Leistungserbringer, d.h. vor allem die Ärzte, angewiesen, die die Versicherten zur Einschreibung motivieren sollen. Dementsprechend setzen die Kassen auch immer stärker auf finanzielle Anreize für die Ärzte.

Dabei wird argumentiert, dass eine angemessene Versorgungsqualität nur durch eine gegenüber den Regelleistungsvolumen höhere Vergütung der Ärzte erreicht werden kann. Das diskreditiert jedoch tendenziell die Kollektivverträge, die die Kassen abschließen müssen. Gleichzeitig führt das dazu, dass die potenziellen Rationalisierungseffekte und Einsparungen, die eigentlich solche Selektivverträge eröffnen sollen, nicht explizit als Ziel angestrebt werden können. Die Patienten könnten den Verdacht schöpfen, dass ihnen etwas vorenthalten würde und demnach die Verträge gar nicht in erster Linie zu *ihrem* Nutzen abgeschlossen werden.<sup>45</sup>

42 Angesichts der Bedeutung der Aufgabe, für die einzelnen Programme eine ausreichende Anzahl geeigneter Teilnehmer zu gewinnen, steht die zu diesem Themenfeld ganz unterentwickelte *Marktforschung* der Kassen in einem auffälligen Kontrast.

43 Unter diesem Gesichtspunkt müssten *Patienten* z.B. Pauschal-Honorarsystemen mehr misstrauen als Preissystemen mit fixen Gebühren je Leistung. Die Befürchtung, als Patient im Fall des Falles eher zu wenig Leistungen zu bekommen, dürfte schwerer wiegen als die umgekehrte Befürchtung, aufgrund der Anreize einer Einzelleistungsvergütung mehr als die medizinisch notwendigen und zweckmäßigen Leistungen zu erhalten. Bei gesunden Versicherten bzw. „Nur-Beitragszahlern“, dürften die Präferenzen für die jeweiligen Honorierungssysteme dagegen umgekehrt liegen.

44 Patienten mit hohem Leidensdruck lassen sich wahrscheinlich bereitwillig für indikationsspezifische Versorgungsmodelle gewinnen, wenn die besondere Versorgungsqualität plausibel gemacht werden kann. Je „allgemeiner“ das Angebot eines Selektivvertrags jedoch ist, etwa bei einem Hausarztvertrag, umso geringer dürfte der Motivationsdruck zur Einschreibung sein.

45 Mit den potenziellen Risiken einer Ausweitung selektivvertraglicher Versorgung befasst sich exemplarisch eine Studie des IGES-Instituts im Auftrag der Hans-Böckler-Stiftung. Am Beispiel von Arzneimittel-Rabattverträgen und (bisher hypothetischen) Selektivverträgen mit Krankenhäusern wird überprüft, welches Potenzial zur Risikoselektion in solchen Verträgen steckt. Im Ergebnis stellen die Autoren ein gewisses Missbrauchspotenzial fest (z.B. im Hinblick auf die Erreichbarkeit der ausgewählten Krankenhäuser). Man sollte es nicht überschätzen, aber auch nicht ignorieren. Eine ernstzunehmende Gefahr besteht vor allem, wenn sich die ökonomischen Interessen der jeweiligen Kasse und der mit ihr vertraglich verbundenen Leistungsanbieter überschneiden (IGES 2010).

Die Ambivalenz entsprechender Kassenäußerungen lässt sich am Beispiel der Kommunikation über die Hausarztverträge nachvollziehen. Gegenüber den Patienten wird die Verbesserung der *Versorgungsqualität* in den Vordergrund gestellt. Gegenüber der Politik und im Wettbewerb der Kassen (auch um die wahlberechtigten Mitglieder) werden dagegen die *Kostenvorteile* solcher Verträge thematisiert. Ganz abgesehen davon, dass es bisher wenige für eine Auswertung geeignete Selektivverträge gibt und davon noch weniger tatsächlich ausgewertet werden, sind das die tieferen Gründe für die geringe Glaubwürdigkeit der werblich angepriesenen Erfolge.

Die ökonomischen Spareffekte der Arzneimittel-Rabattverträge sind dabei kein durchschlagendes Gegenargument. Denn die Wahrnehmung bzw. Bewertung von Dienstleistungen und Produkten unterliegt grundsätzlich anderen Mechanismen und Kriterien.

Für die Kassen ist daher eine strikte und verpflichtende Steuerung ihrer Patienten praktisch ausgeschlossen. Ihnen bleibt nur die Möglichkeit, gegenüber den Versicherten, aber auch gegenüber den Leistungsanbietern auf *Freiwilligkeit* zu setzen. Für eine effizientere Versorgung muss dann zwangsläufig mehr vergütet werden. Damit sind die bereits angeführten Fragen sofort wieder aktuell. Wenn keine starke Steuerung möglich ist, kann nur durch „weiche“ Faktoren gesteuert werden. Bei einer „offenen“ und relativ unverbindlichen Gestaltung von Selektivverträgen sind sie stets dem Verdacht ausgesetzt, dass von den Ärzten dafür eher bequeme Patienten ausgewählt werden und bei allen Beteiligten *Mitnahmeeffekte* dominieren.

Ein weiterer grundsätzlicher Konflikt ist, dass eine möglichst weitgehende Transparenz der Regelungen zwar im Interesse der Patienten läge, die Kassen aber die geschlossenen Verträge aus Wettbewerbsgründen nicht vollständig offenlegen können. Wettbewerb ohne *Geschäftsgeheimnisse* ist schwer vorstellbar, wenn nicht unmöglich. Wenn man daher die wünschenswerten Transparenzanforderungen zu hoch schraubt, macht kein Leistungsanbieter mehr mit. Das gilt vor allem für die Honorar-Regelungen. Wie zu dieser Frage tragfähige Kompromisse aussehen, kann sich erst im Laufe der Zeit herausstellen.

Außerdem sind die Verträge meist kompliziert und haben viele Anlagen, die nur wenige Fachleute verstehen. Zum Beispiel zum Datenschutz und dem technischen Verfahren der Leistungsabrechnung. Das überblicken auch die meisten an solchen Verträgen beteiligten Ärzte nicht und es wäre völlig lebensfremd, wenn Patienten sich damit im Detail auseinander setzen sollten. Da die vertragspolitische Pointe im Sinne der angestrebten Qualitätsverbesserung, Effizienzsteigerung oder Kostendämpfung aber oft im „Kleingedruckten“ steht, wäre diese Transparenz doch im Prinzip wünschenswert. Dann könnten sich jedenfalls Patientenorganisationen, Selbsthilfegruppen und die nunmehr mit dem GKV-FinG dauerhaft etablierte Unabhängige Patientenberatung ggf. des Themas annehmen.

## 7.2 Ein Beispiel aus der Praxis

So wird z. B. der Hausarztvertrag der AOK Baden-Württemberg ausgesprochen werblich angepriesen. Wenn auf der Homepage erklärt wird, dass der Hausarzt „weiß, was das Beste für Sie ist“ und dann die Teilnahme der Versicherten in der Hausarztpraxis gegenüber dem Hausarzt erklärt werden soll, ist das zumindest bedenklich und spricht nicht unbedingt für eine Stärkung der Autonomie der Patienten. Auch die Tatsache, dass sich die Teilnahme automatisch um ein Jahr verlängert, wenn nicht – diesmal schriftlich gegenüber der Verwaltung der AOK – die Teilnahme gekündigt wird, ist zumindest eine schiefe Verteilung.

Positiv ist dagegen zu vermerken, dass die AOK alle Verträge nebst den fast 30 Anlagen im Internet verfügbar hält. Auch das zugehörige Merkblatt für die Versicherten enthält alle Normen und Hinweise, die rechtlich erforderlich sind. An die Versicherten richtet sich jedoch keinerlei Information darüber, dass die Hausärzte nach diesem Vertrag höher vergütet werden und sich bei den Initiatoren des Vertrages damit die Idee verbindet, dass die Mehrvergütung durch ein verändertes Ordnungsverhalten finanziell kompensiert werden soll. Geschweige denn, dass die konkreten Mechanismen dazu erwähnt werden, etwa die von der AOK dem Arzt zur Verfügung gestellte Software (z. B. mit Arzneimittellis-

ten), durch die eine „rationale Arzneimitteltherapie“ unterstützt werden soll. Auch die dafür „motivierenden“ Vergütungsanreize für die Ärzte (ein „Zuschlag“ von vier Euro pro Quartal) werden nicht angesprochen.

Andere Kassen stellen in ihrem Internet-Auftritt überhaupt keine detaillierten Informationen über wählbare Vertragsoptionen zur Verfügung. Sie sprechen entweder ihre Versicherten direkt an oder verlassen sich darauf, dass die Ansprache der Patienten über die an den Selektivverträgen teilnehmenden Ärzte stattfindet.

Diese Feststellungen sollen nicht als generelle Warnung an die Versicherten vor der Beteiligung an Selektivverträgen missverstanden werden. Trotzdem dürfte es dem Common Sense entsprechen, dass Personen, die mit ihrer ärztlichen Betreuung zufrieden sind, ihren Arzt wohl kaum wegen eines solchen Kassenprogramms wechseln werden. Umgekehrt dürften Patienten, die ohnehin auf der Suche nach einem neuen/veränderten Behandlungsarrangement sind, gut beraten sein, zum Beispiel an einem Disease-Management-Programm teilzunehmen, wenn sie die Voraussetzungen dafür erfüllen bzw. in einen passenden indikationsbezogenen Integrationsvertrag einsteigen. Die dort teilnehmenden Ärzte beweisen nämlich im Allgemeinen bereits durch ihre Beteiligung ein besonderes fachliches Interesse und haben sich auf die Einhaltung qualitativer Mindeststandards im Sinne einer leitliniengerechten Versorgung verpflichtet.

### 7.3 Konsequenzen für die Versicherten und Patienten

Die folgenden Überlegungen und Bewertungskriterien gelten für substitutive Selektivverträge und „add-on-Verträge“ gleichermaßen:

- Entscheidend für die einzelnen Versicherten ist die *Freiwilligkeit* der Einschreibung in einen

Vertrag. Dabei ist das Verfahren bedeutsam. Die Einschreibung müsste den Grundsätzen des Informed Consent genügen, der auch für die Einwilligung in stark invasive Behandlungen (etwa für Operationen) erforderlich ist oder für das Shared Decision Making bei echten Behandlungsalternativen angestrebt wird. Jedenfalls sollte sich der Patient weder von seiner Kasse noch seinem Arzt drängeln lassen. Er sollte eine plausible Begründung für die Motive der Kasse zum Abschluss eines solchen Vertrages fordern und für das Interesse seines Arztes, an diesem Konzept teilzunehmen.

- Entscheidend ist dabei naturgemäß die *Information über die Vertragsinhalte*, die dem Versicherten in *allgemeinverständlicher Form* zur Verfügung gestellt werden muss. Dabei sind m. E. werbliche Aussagen vom Typus „der Hausarzt als Lotse im Gesundheitswesen“ nicht ausreichend. Dem Patienten müsste schon etwas genauer vermittelt werden, was das bedeutet und z. B. welche konkreten „Lotsenaktivitäten“ er in typischen Situationen erwarten kann. Insbesondere muss deutlich herausgearbeitet werden, worin der *Unterschied zur Regelversorgung* besteht und warum die „besondere Versorgungsform“ gegenüber der Regelversorgung überlegen sein soll.<sup>46</sup>
- Die Information über die Vertragsinhalte sollte aber auch – so weit wie möglich – in *vollständiger Form* zugänglich sein, beispielsweise im Internet-Auftritt der betreffenden Kasse. Sicher wären Informationen in dieser Differenziertheit eine Überforderung für die Versicherten. Sie sollten aber die Möglichkeit haben, sich z. B. durch eine Einrichtung ihrer Wahl, etwa eine Selbsthilfegruppe oder die unabhängige Patientenberatung, über die Implikationen bestimmter Verträge beraten zu lassen. Diese Einrichtungen sollten daher ggf. den uneingeschränkten Zugang zu den Vertragsunterlagen haben.

46 Bei der AOK gibt es z. B. auf der Website für die Versicherten die Möglichkeit zur kritischen Überprüfung der Angebote von sog. individuellen Gesundheitsleistungen (IGeL) durch niedergelassene Ärzte, die außerhalb der GKV-Versorgung von den Patienten privat bezahlt werden müssen. Dabei wird der Patient durch eine Reihe von Fragen zum Sinn und Unsinn solcher Leistungen bei seiner Entscheidung unterstützt. Das gilt etwa für die Entscheidung über einen PSA-Test zur Wahrscheinlichkeit eines Prostata-Karzinoms. Es wäre wünschenswert, dass die Kassen die Souveränität aufbringen, ihren Versicherten eine kritische Überprüfung auch ihrer eigenen Vertragsangebote anzubieten.

- In diesem Zusammenhang sollte es auch eine Beschreibung der *Vergütungsmechanismen* des betreffenden Vertrags und der finanziellen Zielsetzungen geben. Dass diese Forderung nicht einfach zu erfüllen ist, liegt auf der Hand, denn die Abweichung von der Vergütung in der Regelversorgung muss ja im Verhältnis zu dieser erklärt werden. Und die verstehen bekanntermaßen sogar die meisten Vertragsärzte nicht.
- In § 73b SGB V heißt es in Absatz 6: „Die Kassen haben ihre Versicherten in geeigneter Weise umfassend über Inhalt und Ziele der hausarztzentrierten Versorgung sowie über die jeweils wohnortnah teilnehmenden Ärzte zu informieren.“ Auch zu den Selektivverträgen nach § 73c gibt es in Absatz 6 eine analoge Formulierung. Für die strukturierten Behandlungsprogramme gilt entsprechend § 137f Abs. 3 Satz 2 und für die Integrierte Versorgung § 140a Abs. 3.<sup>47</sup> Diese *Informationsverpflichtungen* werden in der Praxis aber nur teilweise und in höchst unterschiedlicher Form eingelöst.
- Dass sich die *Verbraucher- und Patientenberatung* nicht nur mit der Wahlentscheidung zwischen Kassen, sondern auch mit der *Wahlentscheidung der Versicherten über Vertragsmodelle* bzw. ihre Einschreibung beschäftigen muss, ist bisher als Aufgabe kaum formuliert worden. Diese Aufgabe wird den betroffenen Organisationen und auch dem Patientenbeauftragten der Bundesregierung erst allmählich bewusst. Wenn jedoch die Selektivverträge eine noch größere Bedeutung bekommen, muss sich auch die Patientenberatung intensiver mit diesen Fragen beschäftigen und auf diesem Feld professionalisieren.<sup>48</sup>
- Jedenfalls sollten sich die Versicherten die *freie Arztwahl* bzw. die freie Krankenhauswahl nicht zu billig „abkaufen“ lassen. Der Patient braucht Klarheit darüber, wie seine *Versorgungssicherheit* im Rahmen des Selektivvertrages gewährleistet wird. In der Regelversorgung kann er auf ein breites, flächendeckendes und gleichmäßiges, sozusagen „barrierefreies“ Angebot zugreifen. Darauf zu verzichten ist nur mit hochwertigen und zusätzlichen Qualitäten der Versorgung zu rechtfertigen bzw. zu kompensieren.
- Patientensteuerung sollte *finanzielle Konsequenzen* haben. Die eingeschriebenen Patienten sollten an den ökonomischen Effekten „ihres“ Vertrages mit beteiligt werden. Nicht umsonst sind Versorgungsverträge als Wahltarife nach § 53 Abs. 3 SGB V klassifiziert. Allerdings ist nicht konsequent, dass dort in Satz zwei eine „Prämienzahlung oder Zuzahlungsermäßigung“ nur als Kann-Vorschrift vorgesehen ist. Auch Absatz 9 wurde in diesem Sinne nie ernst genommen, wonach die Aufwendungen für jeden Wahltarif „aus Einnahmen, Einsparungen und Effizienzsteigerungen“ gedeckt werden müssen.<sup>49</sup>
- In diesem Zusammenhang ist auf ein *Spezialproblem* hinzuweisen: Die *Inanspruchnahme* erfolgt immer durch die Versicherten. Das Versicherungsverhältnis bei der Kasse wird aber durch die „Mitglieder“ begründet, die ggf. durch ihre Entscheidung auch die mitversicherten

47 Selbst für die nach dem neuen Arzneimittelmarkt-Neuordnungsgesetz vorgesehenen Rabattverträge der Kassen für den Einsatz *innovativer* Arzneimittel nach §130c SGB V – neu – gibt es in Absatz 2 die Vorschrift, dass die Kassen ihre Versicherten und die Vertragsärzte „umfassend“ über die in den sog. „Mehrwertverträgen“ vereinbarten Versorgungsinhalte informieren sollen. Nur bei den klassischen Rabattverträgen der Kassen nach §130a Absatz 8 (vor allem für Generika) fehlt eine entsprechende Vorschrift über die Information der Versicherten.

48 Selbst in einem Grundsatzpapier der Verbraucherzentrale Bundesverband „Gesundheitspolitik aus Verbrauchersicht“ vom 8.3.2010 geht es bei der „Verbesserung von Qualität und Wirtschaftlichkeit in der Versorgung“ noch ausschließlich um *einrichtungsbezogene* Aspekte (Qualität von Krankenhäusern, Ärzten und Arzneimitteln etc.). Auch die Patientencharta, die 2002 von den Bundesministerien der Justiz und für Gesundheit vorgestellt wurde, geht auf diese Aspekte nicht ein. Selektivverträge waren damals noch nicht so bedeutend und die Charta konzentrierte sich auf das „Behandlungsverhältnis“ im engeren Sinne. Dass dieses Verhältnis jedoch maßgeblich durch die Verträge der Kassen mit Ärzten bestimmt wird, muss sicher auch bei einer Weiterentwicklung der Patientencharta berücksichtigt werden.

49 Sonst hätten die Hausarztverträge vor dem Stichtag des Kabinettsbeschlusses zum GKV-FinG im September 2010 nie abgeschlossen werden dürfen bzw. wäre die in eben diesem Gesetz normierte Verpflichtung zur *Kostenneutralität* der Hausarztverträge, die der Hausärzteverband für den Anfang vom Ende der hausärztlichen Versorgung hält, immer schon selbstverständlich gewesen.

- Familienangehörigen in bestimmte Wahltarife einbeziehen (müssen). Letzteres gilt nach § 53 SGB V etwa für Selbstbehalte und Beitragsrückzahlung (Absätze 1 und 2). Der „Trick“ des Gesetzgebers (mit dem er die ordnungsgemäße Definition eines eigenständigen Versicherungsverhältnisses dieser Personen vermeidet) bei der Wahl der in Absatz 3 angesprochenen „Versorgungsformen“ ist, dass an die „Versicherten“ sog. „Prämien“ gezahlt werden können bzw. sie ggf. in den Genuss von „Zuzahlungsermäßigungen“ kommen. Die Prämien sind in Absatz 8 gleichwohl – und insoweit entgeht die Regelung der Inkonsistenz nicht ganz – wieder an die individuelle Beitragshöhe des Mitglieds (!) gekoppelt. Dieses Spezialproblem verdeutlicht, dass man bei einer Ausweitung des Wettbewerbs mit Versorgungsverträgen wohl langfristig um eine generelle Individualisierung der Versicherungsverhältnisse in der GKV (d.h. die Abschaffung der herkömmlichen „Familienmitversicherung“) nicht herumkommen wird. Jedenfalls wenn es um die individuelle Entscheidung für ein Versorgungsmodell geht; eine solche Entscheidung müsste auch z.B. mitversicherten Ehepartnern selbst überlassen bleiben. Die Effizienzeffekte eines solchen Modells bzw. der implizierten Verhaltensänderung müssten allerdings auch individuell prämiert werden.
- In § 53 SGB V wurde durch das GKV-FinG geregelt, dass es bei Wahltarifen für „besondere Versorgungsformen“ *keine Mindestbindungsfrist* mehr gibt. Das scheint den Versicherten sehr weit entgegenzukommen, schränkt jedoch die Kalkulierbarkeit solcher Vertragsmodelle deutlich ein. Die dabei ebenfalls subsumierten Verträge nach §§ 73b und 73c haben in den jeweiligen Spezialvorschriften ohnehin eine Mindestbindungsfrist von einem Jahr, was für die Praktikabilität unbedingt erforderlich ist und gegenüber den Versicherten auch vertretbar erscheint.
  - Außerdem muss bei einer strikten Bindung der Versicherten an Vertragsmodelle die *Möglichkeit des Opting-out* geregelt sein (die ja mindestens für eine Behandlung „fern der Heimat“, d.h. außerhalb der bestimmten Vertragsregionen und für Notfälle gegeben sein muss). Die Schwelle sollte zumindest hinsichtlich der *Kündigungsfristen* und der möglichen Mehrkosten, die der Patient bei einem „Verstoß“ gegen die Vertragsregeln zu tragen hätte, überschaubar und nicht zu hoch sein.
  - Eine wichtige, m. E. vertrauensstiftende Forderung ist die nach einer zentralen Registrierung und schließlich nach der *Evaluation* solcher Verträge. Diese sollte von unabhängigen Wissenschaftlern durchgeführt werden (also nicht der AOK-Hausarztvertrag durch das Wissenschaftliche Institut der Ortskrankenkassen ausgewertet werden). Die Kassen sollten sich auch verpflichten, den teilnehmenden Mitgliedern zum gegebenen Zeitpunkt entsprechende Berichte in einer für Laien verständlichen Form zugänglich zu machen. Bisher ist jedoch nur für die strukturierten Behandlungsprogramme eine solche Evaluation vorgeschrieben (§ 137f Abs. 4).
  - Die *GKV insgesamt ist eine Solidargemeinschaft* (vgl. § 1 SGB V), in der ein im Prinzip einheitlicher Leistungsanspruch herrscht, was u. a. durch den Gesundheitsfonds und den alle Kassen übergreifenden Risikostrukturausgleich sinnfälliger wird. Die Versorgung im Rahmen der GKV wird durch Selektivverträge jedoch zwangsläufig fragmentiert. So lange diese Differenzierung im Sinne der Steigerung von Qualität und Effizienz nützlich ist, kann sie hingenommen und im System verkraftet werden. Dabei ist allerdings der Punkt, ab dem die GKV-Versorgung zu weit zerfallen würde, nicht abstrakt vorhersagbar. Hier geht es letztlich um eine *politische Entscheidung*. Tatsächlich besteht die Politik aber heute mehr *rhetorisch* auf dem Wettbewerb, als dass man den Mut zur Entwicklung bzw. Akzeptanz tatsächlicher Versorgungsdifferenzen hätte. Trotzdem muss es für die Politik ein Instrument der Überblicksinformation geben, das es ihr ermöglicht, die Verantwortung dafür wahrzunehmen, dass die Versorgung mindestens bestimmte gemeinsame Grundanforderungen erfüllt.

Unter diesen Gesichtspunkten läge es im Interesse der Versicherten und Patienten, eine Art „Beipackzettel“ für Selektivverträge zu entwickeln.<sup>50</sup>

#### 7.4 Der Vorschlag: „Beipackzettel“ für Selektivverträge

Um die Überlegung bzw. Analogie plausibel zu machen, soll noch einmal kurz die Rolle des Beipackzettels für Arzneimittel beschrieben werden. Seine wichtigste Funktion ist die Information. Er soll umfassend über das Arzneimittel und seine Anwendung informieren, damit man seine Wirkung, aber auch mögliche Risiken einschätzen kann. Der Beipackzettel kann das Gespräch mit einem Arzt oder der Krankenkasse nicht ersetzen, aber er kann es vorbereiten und unterstützen.

Der Beipackzettel ist chronologisch aufgebaut, d.h. man findet die Informationen in der zeitlichen Reihenfolge, in der man mit einem Medikament in Kontakt kommt. An erster Stelle stehen die Hinweise, was man grundsätzlich vor der Behandlung wissen muss, zum Beispiel gegen welche Krankheiten ein Medikament wirksam ist und wann man es nicht einnehmen darf. Dann folgen Informationen, was man kurz vor der Einnahme und während der Behandlung wissen muss, zum Beispiel mit welchen anderen Arzneimitteln es sich nicht verträgt oder wie und in welcher Menge man es einnehmen soll. Zuletzt stehen Hinweise, was man während und nach der Behandlung wissen muss, zum Beispiel ob und welche Nebenwirkungen auftreten können und wie man ein Arzneimittel am besten aufbewahrt.

Die Arzneimittelhersteller sind dazu verpflichtet, für ihre Arzneimittel einen solchen Beipackzettel zu formulieren und ihn den Medikamenten beizulegen. Der Inhalt wird von Ärzten, Apothekern und Juristen genau geprüft und vom Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) genehmigt. Darüber hinaus gibt es strenge Vorschriften, wie ein Beipackzettel gestaltet werden muss. Im Arzneimittelgesetz ist z.B. vorgeschrieben, dass in jedem Beipackzettel fol-

gende Angaben über das Medikament gemacht werden müssen: Anwendungsgebiete, Gegenanzeigen, Wechselwirkungen mit anderen Medikamenten, Warnhinweise, Dosierungsanleitung etc.

Gerade beim Beipackzettel gibt es das Problem, viele Informationen auf wenig Platz unterzubringen und dem Nutzer trotzdem ein verdichtetes *und* übersichtliches Angebot zu machen. Obwohl die Beipackzettel in den letzten Jahren schon verständlicher geworden sind, bleiben immer wieder Fragen offen. Dies liegt auch daran, dass viele Formulierungen amtlich vorgeschrieben und in pharmakologischer bzw. juristischer Fachsprache gefasst sind. Diese Einschränkung wird sicher auch bei einem „Beipackzettel“ für Selektivverträge gelten.

Auch wenn die Metapher nicht überstrapaziert werden soll, wäre es einen Versuch wert, ein standardisiertes und knappes Informationsinstrument für Selektivverträge zu entwickeln und dabei die Aspekte eines Beipackzettels als Leitfaden zu verwenden.

#### 7.5 Die Umsetzung in „Leitfragen“

(1) Was ist der Sinn des Vertrags und was soll er bewirken?

- Welche Ziele, Indikationen und Wirkungsweise?
- Regionale Reichweite?
- Seit wann gibt es den Vertrag und welche Laufzeit hat er?
- Welche Ärzte/Einrichtungen nehmen teil?
- Wie viele sind das und wie hoch ist ihr Anteil am Gesamt?

(2) Was müssen Sie vor der Einschreibung in diesen Vertrag beachten?

- Teilnahmebedingungen?
- Bindungsfristen und Vertragspflichten?
- Welche Mitwirkungspflichten bzw. -möglichkeiten gibt es für die Patienten (z. B. Schulungsmöglichkeiten für chronisch Kranke; Einbeziehung von Familie, Angehörigen und Freunden in den Versorgungsprozess)?

<sup>50</sup> Ich greife damit eine Idee auf, die Bertram Häußler vom IGES-Institut auf dem „4. Nationalen Qualitätskongress Gesundheit“ am 25.11.2010 in Berlin vorgetragen hat.

- Gegenanzeigen, z. B. die Kombination mit anderen Wahlтарifen, die man abgeschlossen hat oder privaten Zusatzversicherungen?
  - Erläuterung der Ausstiegs- bzw. Kündigungsbedingungen?
  - Die Einschreibung hat keine Auswirkungen mehr auf die Möglichkeit zum Kassenwechsel!
  - Welche finanziellen Anreize gibt es (Verzicht auf Praxisgebühr oder reduzierte Zuzahlung bei Arzneimitteln, weitere Boni etc.)?
  - Was ist einem die Einschreibung wirklich wert: Pluspunkte gegen Einschränkungen (Beispielrechnung dafür)?
- (3) Wie wirkt sich der Vertrag in der Praxis aus?
- Was ist z. B. das Konzept zur kontinuierlichen Betreuung chronisch Kranker, und wie unterscheidet es sich von dem, was in der *Regelversorgung* stattfinden soll, wenn sie leitliniengerecht durchgeführt wird?
  - Behält der Patient einen gleichbleibenden Ansprechpartner?
  - Welche besonderen und zusätzlichen Leistungs-, Beratungs- und Service-Ansprüche hat der Patient aus dem Versorgungsvertrag? Das betrifft zum Beispiel die Öffnungs- und Wartezeiten.
- (4) Welche Nebenwirkungen sind möglich?
- Führt der Vertrag zu einer Umstellung meiner Medikation?
  - Welche der von mir bevorzugten Fachärzte kann ich nicht mehr in Anspruch nehmen bzw. nicht mehr direkt in Anspruch nehmen?
  - Welche Mehrkosten (bzw. Verluste von Boni etc.) gibt es für mich, wenn ich sie trotzdem in Anspruch nehme?
  - Einschränkungen der Krankenhauswahl?
- (5) Was ist darüber hinaus zu beachten (Dokumentation, individuelles Monitoring etc.)?
- Die Merkblätter und Patienteninformationen zum Versorgungsmodell sollten aufgehoben werden. Das gilt auch für eine Kopie der Einschreibungs-Erklärung. Nach dem Motto: „Heben Sie die Packungsbeilage auf.“
  - Informationen zum Datenschutz (und zum Abrechnungsverfahren)?
  - Gibt es eine regelmäßige Überprüfung der Behandlungserfolge?
- Gibt es einen „Patientenpass“, eine elektronische Patientenakte?
  - Betreibt die Kasse ein systematisches Beschwerdemanagement (mit Berichterstattung für die Öffentlichkeit)?
- (6) weitere Informationen
- Welche Effekte verspricht sich die Kasse von dem Vertrag im Wettbewerb?
  - Was haben die Ärzte bzw. anderen Leistungserbringer davon?
  - Gibt es eine unabhängige Beratung zu dem Vertrag?
  - Gibt es eine allgemein zugängliche und vollständige Vertragsdatenbank für Patientenberater?
  - Werden die Verträge evaluiert? Ist die Evaluation auf echte „outcomes“ ausgerichtet, also auf „patientenrelevante Endpunkte“ (mit anderen Worten: auf eine spürbare Verbesserung des Gesundheitszustandes der Patienten)?
  - Ist dabei auch eine Patientenbefragung vorgesehen?
  - Gibt es für den Vertrag eine Zertifizierung/Akkreditierung von einer unabhängigen Stelle (vergleichbar der Stiftung Praxissiegel oder dem Qualitätsmanagement der KBV (QEP))?
  - Gibt es dazu Veröffentlichungen bzw. eine kontinuierliche Berichterstattung?

## 7.6 Abschließende Überlegungen: „Stiftung Gesundheitstest“?

Die bekannte Literatur zu den Selektivverträgen geht nur wenig auf die Entscheidungssituation der Patienten ein. Es dominiert die Perspektive der Experten und gefragt wird nach der medizinischen Effektivität und ökonomischen Effizienz der Angebote. Eine rühmliche Ausnahme findet sich z. B. bei der früheren Patientenbeauftragten der Bundesregierung Helga Kühn-Mengel, die schreibt: „Die Beauftragte erfährt aus ihrer täglichen Beratungspraxis, dass Begriffe wie Wahlтарife, Kostenerstattung, Sachleistungsprinzip, Selbstbehalt, einhergehend mit neuen Behandlungsstrukturen wie hausarztzentrierter Versorgung, Disease-Management-Programmen oder

Integrierter Versorgung, Patientinnen und Patienten verunsichern.“ (Kühn-Mengel 2008: 122) Sie kritisiert den Paternalismus in der Arzt-Patienten-Beziehung und stellt auch fest, es werde für die Ärzte „zunehmend schwieriger, den Interessen der Patienten gerecht zu werden“ und z.B. angesichts der „Vielzahl an unterschiedlichen Verträgen zwischen pharmazeutischen Unternehmen und Krankenkassen den Überblick zu behalten“ (Kühn-Mengel 2008: 127).

Ebenfalls der Patientenperspektive verpflichtet sind Klaus Jürgen Preuß, Jutta Rübiger und Joachim Roski. Sie empfehlen eine „Art *Stiftung Warentest* für das Gesundheitswesen“, die den Patienten auch bewertende Informationen über die verschiedenen Versicherungs- und Vertragsformen zur Verfügung stellen soll (Preuß et al. 2007: 125 ff). Auch Heinz Lohmann stellt die Patientensouveränität in den Vordergrund und fordert: „Eine kluge Gesundheitspolitik befördert statt der Preistransparenz die Qualitätstransparenz, weil das die Patienten wirklich interessiert und kein Akteur sich dem offen entziehen kann. Die Realisierung der Idee einer „*Stiftung Gesundheitstest*“ muss deshalb ganz oben auf der Agenda der nächsten Gesundheitsreform stehen.“ (Lohmann 2010)

Vorbilder finden Preuß et al. in den USA, wo sich Versicherte und Arbeitgeber schon immer mit einer größeren Anzahl Health Plans mit unterschiedlichen Versicherungs- und Versorgungsangeboten auseinander setzen mussten. Dabei ist den Autoren klar, dass die amerikanischen Bewertungssysteme nicht einfach auf das deutsche Gesundheitswesen übertragen werden können, zumal die Steuerungsintensität der amerikanischen Managed-Care-Modelle weit über die zur Zeit in der GKV möglichen Selektivverträge hinausreicht. Trotzdem halten sie es für sinnvoll, ein branchenweit einsetzbares Konzept der Bewertung zu entwickeln, das „unabhängig von der Modellausgestaltung im Einzelfall auf alle integrierten Versorgungsformen anwendbar“ ist (Rübiger et al. 2002: 124 und 130). Im Ergebnis empfehlen sie eine Art

Vertrags-Steckbrief („Report Card“), der die patientenrelevanten Informationen in standardisierter Form zusammenfasst. Der hier vorgeschlagene Fragenkatalog greift einige dieser Intentionen auf.

Schließlich gibt es im Hinblick auf die Zielgruppenorientierung der Selektivverträge ein wichtiges Problem: So haben die Ärzte die „Programmfähigkeit“ eines Patienten nicht allein nach medizinischen Gesichtspunkten zu beurteilen, „sondern auch danach, ob ein Patient in der Lage ist, die relativ strikten Programmregeln einzuhalten und sich als ‚Ko-Produzent‘ seiner Gesundheit aktiv an dem Behandlungsprozess zu beteiligen“ (Rübiger 2009: 177 f.). Daraus entsteht das *versorgungspolitische Dilemma*, dass vornehmlich diejenigen Patienten aus den Programmen herausfallen bzw. gar nicht für die Einschreibung gewonnen werden können, die „wegen ihres hohen Krankheitsrisikos bzw. ihres ‚ungesunden‘ Lebensstils besonders davon profitieren könnten“ (Rübiger 2009: 178). Rübiger empfiehlt als Konsequenz eine Programm-„Segmentation“, bei der durch zusätzliche Betreuungs- und Begleitangebote<sup>51</sup> für „typisierte Nutzergruppen“ Verhaltensänderungen besser erreicht werden könnten. Erforderlich sei eine „zielgruppenspezifische Angebots- und Kommunikationspolitik der Krankenkassen“ (Rübiger 2009: 181)<sup>52</sup>.

Zum Schluss dieses Kapitels soll noch auf einen ganz grundsätzlichen, aber angesichts der Kontroverse um die bayerischen Hausarztverträge aktuellen Aspekt hingewiesen werden: Der Versicherte darf in den Streitigkeiten beispielsweise zwischen KVen und Hausärzten über die Selektiv- und Kollektivverträge nicht zum Opfer bzw. zur Geisel werden! Und auch hierzu noch einmal Kühn-Mengel: Der Patient „darf nicht zum Spielball der Vertragspartner“ werden. Er „darf weder dem marketingstrategischen Kalkül der pharmazeutischen Unternehmen unterliegen noch dem reinen Kosteneinsparungsdrang der Krankenkassen“ (Kühn-Mengel 2008: 128).

51 Als eine Art „Soziotherapie“ analog zu §37a SGB V aus sozialen Gründen.

52 Zu den Grenzen solcher Bemühungen vgl. z.B. Bude 2008: insbesondere Kapitel 6, 106 ff.

## 8. Ein vorläufiges Resümee

---

Wenn man den Fortschritt in der medizinischen Versorgung nicht von einheitlichen staatlichen Regelungen erwartet, wozu man im Ergebnis auch keine (Vielzahl von) Kassen bräuchte, gibt es zum Wettbewerb keine Alternative. Wenn man die Steigerung von Effektivität und Qualität in der Gesundheitsversorgung wettbewerblich gestalten will, sollte jedoch das Potenzial von Selektivverträgen, die den Kollektivvertrag ersetzen können, genutzt und weiterentwickelt werden. Wer solche Verträge nur als add-on Verträge gelten lassen will, beschränkt den Wettbewerb aufs Rankewerk und greift zu kurz. Außerdem wird damit – unzutreffend – unterstellt, dass das Kollektivvertragssystem die anstehenden Probleme lösen könnte.

Eine *vollständige* Ablösung des Kollektivvertragssystems würde das Gesundheitssystem und die Versicherten/Patienten z.Z. wahrscheinlich aber überfordern. Die Frage ist also, wie man mit Augenmaß den Wettbewerb durch substitutive Selektivverträge voranbringen kann. Dabei liegt umgekehrt auch auf der Hand, dass sich die Effizienz wieder reduziert, wenn es zu viele Selektivverträge gibt. Jede Kasse, jeder Arzt und erst recht der Patient kann nur mit einer begrenzten Anzahl von Versorgungsalternativen umgehen.

Trotzdem wird nur der Druck, der durch die Möglichkeit substitutiver Verträge entsteht, zu einer ausreichenden Dynamik der Veränderung führen. Nur so können die verkrusteten und von Klientelinteressen beherrschten Strukturen des Versorgungssystems wirksam aufgebrochen werden. Das deutsche Gesundheitssystem braucht angesichts der demographischen Herausforderung und des medizinischen Fortschritts diesen Modernisierungsschub.

### 8.1 Anforderungen an die Politik

Für eine sinnvolle Weiterentwicklung der Wettbewerbsdiskussion müssen von der Politik – auch im Patienteninteresse – die folgenden Punkte anerkannt werden:

- Die aus dem Wettbewerb mit Selektivverträgen resultierenden Unterschiede in den Formen und der Qualität der Versorgung dürfen nicht nur marginal sein und müssen auch über einen längeren Zeitraum toleriert werden.
- Nur wenn die Politik gegenüber den rechtlich zulässigen Vertragsvarianten ein *Mindestmaß an Neutralität* bewahrt, ist Wettbewerb mit Versorgungsmodellen möglich.
- Wettbewerb kann nicht auf „Qualitätswettbewerb“ beschränkt werden, sondern muss auch zu *finanziellen Konsequenzen* führen. Ohne Preisunterschiede bzw. Preissignale kann Wettbewerb nicht funktionieren. Ohne preisliche Konsequenzen könnte auch Qualitätswettbewerb nicht fair sein, weder für die beteiligten/ eingeschriebenen Versicherten, noch für die Leistungserbringer und Kassen. Die qualitativen und finanziellen Anreize müssen dabei allerdings sorgfältig ausbalanciert werden.
- Eine wettbewerbsfreundliche Politik muss sich so weit wie möglich von Klientelinteressen im Gesundheitswesen frei machen. Das gelingt nur durch eine konsequente Orientierung an den Versicherten- bzw. Patienteninteressen.
- Ob der Wettbewerb mit Selektivverträgen *kostendämpfend* wirkt, kann nicht mit letzter Sicherheit vorhergesagt werden. Die Erwartungen sollten hier nicht zu hoch gesteckt werden. Dass schon bei der gesetzlichen Konzeption

der IV-Verträge die Vermutung geäußert wurde, damit könnten Milliarden eingespart werden, hat dem Wettbewerb eher geschadet. Dass „Parallelsysteme“ à la longue sogar teurer werden könnten, ist nicht auszuschließen, vor allem dann, wenn es nicht zu einem transparenten Effizienzwettbewerb kommt. Das intransparente Nebeneinander ist jedoch eher für die Gegenwart charakteristisch: Z. B. bei der spezialärztlichen Versorgung im ambulanten Bereich und durch Krankenhäuser wird heute sicher Effizienzpotenzial *durch zu wenig Wettbewerb* verschenkt.

- Die Debatte darf nicht von solchen Aspekten und Teilproblemen her aufgezo- gen werden, die schlechthin mit Wettbewerb nicht lösbar sind: Z. B. die Notfallversorgung und die Versorgung in unattraktiven/entlegenen Regionen. Üblicherweise werden gegen Selektivverträge alle die Probleme ins Feld geführt, die bei den Kollektivverträgen auch nicht gelöst sind.
- Für diese Probleme müssen andere Lösungsformen gefunden werden. Die „Gleichwertigkeit der Lebensverhältnisse“ (GG Artikel 72) lässt sich jedoch realistisch nur noch im Sinne von Mindeststandards anstreben. Unsere Gesellschaft muss mit einer zunehmenden Heterogenität der Regionen leben. „Flächen- deckende“ Selektivverträge sind daher eine „*contradictio in adjectum*“.

Die *Bedeutung des Staates* bzw. der Politik nimmt in einer Landschaft von Selektivverträgen keineswegs ab – im Gegenteil: Die Frage „Staat *oder* Wettbewerb?“ ist falsch gestellt, weil der Staat in einem wettbewerblichen System die Definition von Mindeststandards der Versorgung (Angebotsdichte, Qualität etc.), die Sicherung der Rahmenbedingungen für einen fairen Wettbewerb (z. B. durch den RSA) und die Bereitstellung von Informationen und Transparenz für die Wahlmöglichkeiten der Versicherten übernehmen muss. Andererseits muss sich die Politik auf diese Aufgaben *beschränken*, was Politikern unabhängig von ihrer Parteizugehörigkeit schwer fällt. Ein zentrales Problem der Politik ist, dass man sich von strikten und detaillierten Struktur- und Gestaltungsvorstellungen trennen muss, wenn man Wettbewerb ernst nimmt. Offen bleibt dabei zunächst

und kann sich konkret auch erst allmählich klären: Ab welchem Punkt muss die Politik dann doch wieder eingreifen?

## 8.2 Förderung des Wettbewerbs

Wettbewerb braucht auf beiden Seiten, bei Nachfrage und Angebot, eine Mindestzahl handlungsfähiger Akteure. In einer Welt, in der die Versorgung auf der Basis von Verträgen gestaltet werden soll, müssen das „vertragsfähige“ Akteure sein, die für ihre Mitglieder verbindlich kontrahieren können. Das gilt für die Kassen und die Organisationen der Leistungsanbieter gleichermaßen. Sie müssen dabei nicht zwingend den Status öffentlich-rechtlicher Körperschaften haben, aber bereit und in der Lage sein, den rechtlichen Rahmen des SGB V zu garantieren und sich und die von ihnen Vertretenen auf Mindeststandards zu verpflichten.

Die Gesundheitspolitik muss daher – idealerweise und grundsätzlich – für alle drei beteiligten Gruppierungen die Voraussetzungen für Wettbewerb stärken (und zum Teil überhaupt erst herstellen). Das gilt für die Kassen, die Versicherten und Patienten sowie für die Leistungserbringer. Für deren Handeln muss sie eine in sich schlüssige Wettbewerbsordnung schaffen.

Bei den *Kassen* muss die Vielfalt gefördert werden. Der proklamierte Wettbewerb wird ad absurdum geführt, wenn immer noch jede Kassenfusion bejubelt wird. In den relevanten Wettbewerbsregionen, und das sind im gegebenen Institutionensystem die Länder, müssen jeweils mehrere potente, vertragsfähige Kassen präsent sein. Sie müssen *unterschiedliche* Verträge abschließen können. Wenn die Politik alle Beteiligten letztlich zu einheitlichen „Verträgen“ zwingt, wie das bei den Hausarztverträgen der Fall ist, werden das Selbstverwaltungs- und das Vertragsprinzip ins Gegenteil verkehrt. Einheitliche Zwangsverträge sind nämlich keine Verträge, sondern könnten umstandslos durch staatliche Verordnungen ersetzt werden.

Angesichts der weitgehend vollzogenen „Bereinigung“ der Kassenlandschaft wäre es daher in vielen Regionen längst an der Zeit, weiteren Fu-

sionen entgegenzutreten und die Pluralität der Kassen zu stabilisieren bzw. zu fördern. Dabei muss nicht jede Kasse für jeden Versorgungsbe- reich einen eigenen Vertrag haben. Vor allem kleinere Kassen können sich dabei zusammen- schließen oder Dienstleister beauftragen.

Die *Patienten und Versicherten* müssen als die direkt Betroffenen einer pluralistischen Vertrags- landschaft ernst genommen werden. Sie müs- sen auf den Wettbewerb vorbereitet und für die Entscheidung zwischen alternativen Versorgungs- konzepten befähigt werden. Die Vorschläge des 7. Kapitels sind ein Versuch. Wo hier das richtige Maß der Transparenz- und Informationsansprü- che liegt, muss sich in der Entwicklung erst her- ausstellen. Der Autor ist jedoch der Überzeugung, dass der Versicherte bzw. Patient selbst die wesentlichen Entscheidungen treffen und das letzte Wort haben muss (und weder die Kasse noch der Arzt). Dabei muss der Patient besser unterstützt werden. Es müssen ihm aber auch die Konsequen- zen seiner Entscheidung zugemutet werden. Wer Wahlmöglichkeiten hat, kann Fehler machen. Das ist der Preis der Freiheit.

Auf Seiten der *Leistungserbringer* müsste die Entwicklung neuartiger vertragsfähiger Gruppie- rungen gefördert werden, die integrierte und ver- netzte Versorgungsangebote machen können. Warum gibt es so wenig Aktivitäten der Anbieter- seite? Wo sind die wettbewerbsfähigen Player? Bis- her hat die Politik im Ergebnis die Abschottung der Versorgungssektoren konserviert. So müsste etwa die Öffnung der Krankenhäuser für die am- bulante Versorgung forciert werden. Die schwarz- gelbe Koalition will jedoch die Gründung von Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) brem- sen und hat in ihrem Koalitionsvertrag dazu Be- dingungen formuliert, die jeden Investor für neue Einrichtungen abschrecken.

Sicher scheiterte die Öffnung der „Sektoren- grenze“ zwischen ambulant und stationär bisher auch daran, dass nicht ernsthaft an der Schaffung einer einheitlichen Vergütungsordnung für beide Sektoren, mindestens aber für den denkbaren

Übergangsbereich, gearbeitet worden ist. Die größten Effizienzreserven liegen jedoch genau hier. Dabei müssten die Gestaltungsspielräume der Kassen und ihrer Vertragspartner weiter ge- öffnet werden.

Innerhalb der Ärzteschaft müssten die Kräfte gefördert werden, die ein wettbewerbliches Ge- gengewicht gegen den Hausärzteverband bilden können. Dieser hat seine „historische Rolle“ als Panzerknacker gegen die starren Strukturen der Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) inzwischen weitgehend erfüllt. Dabei ist sicher nach wie vor richtig, die Monopolfunktionen der KVen zurück- zudrängen. Man könnte sie jedoch in ein System von Selektivverträgen einbinden, indem man ih- nen mit einer „Notarfunktion“ eine neue Aufga- be gibt. Das würde z. B. auch die „Budgetbereini- gung“ und die Sicherung des Sozialdatenschutzes im Zusammenhang mit der Leistungsabrechnung erleichtern.

Schließlich wäre für die GKV und die Ge- sundheitsversorgung eine „konsistente, im Sozial- recht verankerte Wettbewerbsordnung“ erforder- lich.<sup>53</sup> Das SGB V gleicht heute dagegen einer Echternacher Springproession, bei der jeder wettbewerbliche Ansatz mit mindestens zwei „Ja, aber“-Formulierungen verknüpft ist. Sicher darf man von der Politik in dieser Hinsicht nicht zu viel erwarten. Sie ist auf Kompromisse angewie- sen und eine „evolutionäre“ Weiterentwicklung des Gesundheitswesens liegt wohl auch im Interes- se der Mehrheit der Wähler. Aber eine allgemeine Zielrichtung und ein bestimmtes Gestaltungs- ideal sollten doch erkennbar sein.

### 8.3 Erste Schritte

Um dem Wettbewerb in der GKV-gesteuerten Ver- sorgung wieder bessere Chancen zu geben, kann man nicht auf die grundsätzliche Wende warten. Es müssen pragmatisch erste Schritte angepeilt werden. Aus den hier vorgestellten Überlegungen drängen sich die folgenden Maßnahmen auf:

53 So wie jüngst in der „Gemeinsamen Erklärung für ein solidarisches Gesundheitssystem der Zukunft“ der DGB-Reformkommission, vor- gelegt im Dezember 2010: 19.

- Dringend erforderlich ist eine Änderung der Regelungen zur hausarztzentrierten Versorgung in § 73b. Die wettbewerbswidrige Monopolstellung des Hausärzterverbandes muss korrigiert werden.
- Die Versicherten und Patienten müssen im Sinne des Verbraucherschutzes und der Patientensouveränität im Hinblick auf Versorgungsalternativen gestärkt werden (vgl. Kapitel 7).
- Die Krankenkassen müssen aus ihrer Lähmung befreit werden, in die sie durch den andauernden Kampf um die Vermeidung von Zusatzbeiträgen geraten sind. Wenn sie sich als Akteure des Wettbewerbs bewähren sollen, müssen sie mit einer längeren Perspektive z. B. in Integrationsversorgung und andere neue Vertrags- und Versorgungsformen investieren können.

Die Kassen aus der „Angststarre“ wieder in eine wettbewerbliche Bewegung zu bringen, könnte z. B. durch die *Rückkehr zur Beitragssatzautonomie* von vor dem Gesundheitsfonds gelingen. Das

Lob des Einheitsbeitragssatzes verträgt sich dagegen nicht mit Kassenvielfalt, sondern läuft auf eine Einheitskasse hinaus. Wer aber sollten dann auf der Nachfrageseite die Akteure eines sinnvollen und durch den Morbi-RSA sozial gebundenen Wettbewerbs sein?

Ohne Geld geht nichts: Ohne *Beitragssatzunterschiede*, die die unterschiedliche Performance der Kassen abbilden, ist ein sinnvolles Wettbewerbskonzept nicht praktikierbar. Nur so kann man den Ausgangspunkt wieder erreichen, von dem aus die Idee des Vertragswettbewerbs ursprünglich entwickelt worden ist.

Selbst wenn man die Reichweite des Wettbewerbs auf „Add-on“-Verträge beschränken will, wäre es notwendig, in diesem Bereich die Handlungsfähigkeit der Kassen wiederherzustellen bzw. zu stärken. Nur starke Kassen mit Vertragsautonomie und *eigenen finanziellen Spielräumen* können im Interesse ihrer Versicherten Gestaltungsaufgaben im Wettbewerb erfüllen.

## Literaturverzeichnis

---

- ARGE GKV 1994: Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen: Solidarische Wettbewerbsordnung als Grundlage für eine zukunftsorientierte gesetzliche Krankenversicherung, Eigenverlag, September 1994.
- ARGE GKV 2002: Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen: Zukunft der gesetzlichen Krankenversicherung – Das Konzept der Kassen, und Zukunft der gesetzlichen Krankenversicherung – Weiterentwicklung der solidarischen Wettbewerbsordnung, Eigenverlag, beide Juli 2002.
- Bormann, René; Fiedler, Eckart; Hermann, Christopher; Knieps, Franz; König, Peter; Lang, Armin; Naegele, Gerhard; Reichert, Monika; Rothgang, Heinz; Schaeffer, Doris: Zukunft des Gesundheitssystems, in: WISO Diskurs, Friedrich-Ebert-Stiftung, Bonn, Juni 2009.
- Bude, Heinz 2008: Die Ausgeschlossenen, Carl Hanser Verlag, München.
- Cassel, Dieter; Ebsen, Ingwer; Greß, Stefan; Jacobs, Klaus; Schulze, Sabine; Wasem, Jürgen 2008: Vertragswettbewerb in der GKV – Möglichkeiten und Grenzen vor und nach der Gesundheitsreform der Großen Koalition, Wissenschaftliches Institut der AOK (WidO), Eigenverlag, Bonn.
- Gesundes Kinzigtal 2009: Jahresbericht, Eigenverlag der Gesundes Kinzigtal GmbH, Haslach im Kinzigtal.
- Glaeske, Gerd 2011: Patientenorientierung in der medizinischen Versorgung, WISO Diskurs, Friedrich-Ebert-Stiftung, Bonn.
- Göpffarth, Dirk; Greß, Stefan; Jacobs, Klaus; Wasem, Jürgen (Hrsg.) 2010: Jahrbuch Risikostrukturgleich 2009/2010, Heidelberg.
- Greß, Stefan; Jacobs, Klaus; Schulze, Sabine 2010: GKV-Finanzreform: schwarz-gelbe Irrwege statt gezielter Problemlösungen, in: Gesundheits- und Sozialpolitik (Nomos Verlag), Heft 2/2010.
- IGES; Albrecht, Martin et al. 2010: Ausweitung selektivvertraglicher Versorgung – Auswirkungen auf die Gesundheitsversorgung und Anforderungen an den zukünftigen regulatorischen Rahmen, Studie im Auftrag der Hans-Böckler-Stiftung, Endbericht, Berlin, den 29. Januar 2010.
- Kühn-Mengel, Helga 2008: Anforderungen an innovative Vertragsmodelle aus der Sicht von Patienten und Versicherten, in: Ecker, Thomas; Preuß, Klaus-Jürgen; Roski, Reinhold (Hrsg.): Handbuch Direktverträge, Fachverlag der Verlagsgruppe Handelsblatt, S. 121 ff.
- Laschet, Helmut 2010: Flaute bei der Integrations-Versorgung, in: IMPLICONplus 10/2010, Berlin, im Oktober 2010.
- Leber, Wulf-Dietrich; Malzahn, Jürgen; Wolff, Johannes 2008: Elektiv wird selektiv – Grundzüge eines wettbewerbsorientierten, nach Leistungen differenzierenden Ordnungsrahmens für Krankenhäuser ab dem Jahr 2009, in: Klauber, Jürgen; Robra, Bernt-Peter; Schellschmidt, Henner (Hrsg.): Krankenhaus-Report 2007, Schattauer-Verlag, Stuttgart, S. 81 - 105.

- Mohrmann, Matthias; Koch, Volker 2011: *Selektivverträge im Krankenhausbereich als Instrument zur Verbesserung von Qualität und Effizienz*, in: Klauber, Jürgen; Geraedts, Max; Friedrich, Jörg; Wasem, Jürgen (Hrsg.): *Krankenhaus-Report 2011*, Schattauer-Verlag, Stuttgart, S. 61-79.
- Lohmann, Heinz 2010: *Soziale Gesundheitswirtschaft braucht „Stiftung Gesundheitstest“ – Neue Regeln für moderne Medizin*, Thesen zum 6. Gesundheitswirtschaftskongress am 1. und 2. September 2010 in Hamburg.
- Monopolkommission 2010: *XVIII. Hauptgutachten 2008/2009*, Bonn.
- Paquet, Robert 2009: *Krankenversicherung im Umbruch*, in: Schroeder, Wolfgang; Paquet, Robert 2009: 118-135.
- Paquet, Robert 2009a: *Herausforderungen für die Leistungserbringer: Von Kollektiv- zu Einzelverträgen*, in: Schroeder, Wolfgang; Paquet, Robert 2009: 147-151.
- Paquet, Robert 2009b: *Hausarztverträge spalten den Sicherstellungsauftrag*, in: *Gesellschaftspolitische Kommentare*, Mai 2009: 3 ff.
- Paquet, Robert; Schroeder, Wolfgang 2009: *Gesundheitsreform 2007 – Akteure, Interessen und Prozesse*, in: Schroeder, Wolfgang; Paquet, Robert 2009: 11-29.
- Preuß, Klaus-Jürgen; Rübiger, Jutta; Roski, Joachim 2007: *Über die Integrierte Versorgung zu mehr Transparenz, Patientenautonomie und echtem Qualitätswettbewerb – Plädoyer für eine „Stiftung Waren-test“ im Gesundheitswesen*, in: Wagner, Karin; Lenz, Immo (Hrsg.): *Erfolgreiche Wege in die Integrierte Versorgung*, Kohlhammer Verlag, Stuttgart, S. 125 ff.
- Rübiger, Jutta 2009: *Integrierte Versorgungsformen erfordern neue Kommunikationsstrukturen*, in: Roski, Reinhold (Hrsg.): *Zielgruppenorientierte Gesundheitskommunikation*, VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden, S. 169-182.
- Rübiger, Jutta et al. 2002: *Konzept für eine standardisierte Evaluation Managed-Care-orientierter Versorgungsmodelle in Deutschland – Ein Werkstattbericht*, in: Preuß, Klaus-Jürgen; Rübiger, Jutta; Sommer, Jürg H. (Hrsg.): *Managed Care*, Schattauer Verlag, Stuttgart, S. 116 ff.
- Reiners, Hartmut 2006: *Der „Lahnstein-Mythos“: Die schwere Geburt des RSA*, in: Göppfarth, Dirk et al. (Hrsg.): *Jahrbuch Risikostrukturausgleich 2006*, St. Augustin.
- Rürup, Bert; IGES-Institut; DIW; Wille, Eberhard 2009: *Effizientere und leistungsfähigere Gesundheitsversorgung als Beitrag für eine tragfähige Finanzpolitik in Deutschland*, Gutachten im Auftrag des Bundesministeriums für Finanzen, vorgelegt am 29. Juni 2009, Berlin.
- Schroeder, Wolfgang; Paquet, Robert (Hrsg.) 2009: *Gesundheitsreform 2007 – Nach der Reform ist vor der Reform*, VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden.
- SVR 2002: *Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen: Gutachten 2000/2001 – Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit*, drei Bände, NOMOS Verlag, Baden-Baden.
- SVR 2009: *Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen: Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens*, Berlin.

## Der Autor

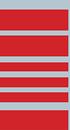
---

**Dr. Robert Paquet**

Freier Journalist und Berater im Gesundheitswesen, Berlin

[rp@robert-paquet.de](mailto:rp@robert-paquet.de)

[www.robert-paquet.de](http://www.robert-paquet.de)



## Neuere Veröffentlichungen der Abteilung Wirtschafts- und Sozialpolitik

Wirtschaftspolitik

**Der Staat bezahlt die Krisenzeche**

WISO Diskurs

Wirtschaftspolitik

**Soziales Wachstum gegen die Schuldenkrise**

WISO Diskurs

Wirtschaftspolitik

**Globales Wachstum zwischen Klima, Gleichheit und Demographie**

WISO direkt

Nachhaltige Strukturpolitik

**Exporte um jeden Preis? Zur Diskussion um das deutsche Wachstumsmodell**

WISO direkt

Europäische Wirtschafts- und Sozialpolitik

**Staatsgläubigerpanik ist keine Eurokrise!**

WISO direkt

Steuerpolitik

**Welche Steuerpolitik gehört zum „sozialdemokratischen Modell“?**

WISO direkt

Arbeitskreis Mittelstand

**Mitarbeiterkapitalbeteiligungsgesetz – Förderungsgesetz für KMU?**

WISO direkt

Gesprächskreis Verbraucherpolitik

**Was die Verbraucherpolitik von der Verhaltensökonomie lernen kann**

WISO direkt

Gesprächskreis Verbraucherpolitik

**Nanotechnik im Lebensmittelsektor – Entwicklungen nicht dem Zufall überlassen!**

WISO direkt

Arbeitskreis Innovative Verkehrspolitik

**Zukunft der deutschen Automobilindustrie – Herausforderungen und Perspektiven für den Strukturwandel im Automobilssektor**

WISO Diskurs

Arbeitskreis Stadtentwicklung, Bau und Wohnen

**Das Programm Soziale Stadt – Kluge Städtebauförderung für die Zukunft der Städte**

WISO Diskurs

Gesprächskreis Sozialpolitik

**Patientenorientierung in der medizinischen Versorgung – Vorschläge zur notwendigen Weiterentwicklung und Umgestaltung unseres Gesundheitswesens**

WISO Diskurs

Gesprächskreis Sozialpolitik

**Investitionsförderung für eine soziale und innovative Gesundheitswirtschaft – Bewertung unterschiedlicher Optionen**

WISO Diskurs

Gesprächskreis Sozialpolitik

**Finanzierungsalternativen für zusätzliche Gesundheitsausgaben – Auswirkungen auf Wachstum und Beschäftigung**

WISO Diskurs

Gesprächskreis Arbeit und Qualifizierung

**In Qualifizierung investieren – ein Weiterbildungsfonds für Deutschland**

WISO Diskurs

Arbeitskreis Arbeit-Betrieb-Politik

**Die Mitbestimmung im Kontext europäischer Herausforderungen**

WISO direkt

Arbeitskreis Dienstleistungen

**Arbeitsplatz Hochschule Zum Wandel von Arbeit und Beschäftigung in der „unternehmerischen Universität“**

WISO Diskurs

Gesprächskreis Migration und Integration

**Ethnische Unterscheidungen in der Einwanderungsgesellschaft – Eine kritische Analyse**

WISO Diskurs

Frauen- und Geschlechterforschung

**Gleichstellungspolitik kontrovers Eine Argumentationshilfe**

WISO Diskurs

Volltexte dieser Veröffentlichungen finden Sie bei uns im Internet unter

[www.fes.de/wiso](http://www.fes.de/wiso)