

Ingwer Ebsen, Stefan Greß, Klaus Jacobs, Joachim Szecsenyi, Jürgen Wasem

**Vertragswettbewerb in der gesetzlichen Kranken-
versicherung zur Verbesserung von Qualität und
Wirtschaftlichkeit der Gesundheitsversorgung**

Gutachten im Auftrag des AOK-Bundesverbands

Endbericht – 06. März 2003

Inhalt

<u>1</u>	<u>Kurzfassung</u>	4
<u>1.1</u>	<u>Ausgangssituation und Reformbedarf</u>	4
<u>1.2</u>	<u>Reformperspektive Vertragswettbewerb</u>	4
<u>1.3</u>	<u>Erste Schritte</u>	8
1.3.1	Schwerpunkt Integrierte Versorgung	8
1.3.2	Abbau von Überregulierung und Schaffung von mehr Transparenz	10
1.3.3	Übergang vom Zulassungsmodell in das wettbewerbliche Vertragsmodell im ambulanten Bereich.....	10
1.3.4	Übergang vom Zulassungsmodell in das wettbewerbliche Vertragsmodell im stationären Bereich.....	12
<u>2</u>	<u>Ausgangssituation und Reformbedarf</u>	13
<u>3</u>	<u>Reformperspektive Vertragswettbewerb</u>	16
<u>3.1</u>	<u>Verbesserung von Qualität und Wirtschaftlichkeit durch Vertrags- wettbewerb</u>	17
<u>3.2</u>	<u>Voraussetzungen für zielgerichteten Vertragswettbewerb</u>	20
3.2.1	Wettbewerb auf der Basis eines einheitlichen Leistungskatalogs.....	21
3.2.2	Überwindung sektorspezifischer Regelungen.....	27
3.2.3	Anwendung des Wettbewerbs- und Vergaberechts	29
3.2.4	Ausreichendes Versorgungsangebot	38
3.2.5	Mehr Markttransparenz durch Qualitätsindikatoren	42
3.2.6	Fortführung der Organisationsreform der Krankenversicherung.....	46
<u>3.3</u>	<u>Neue Aufgaben für reformierte Institutionen</u>	48
<u>4</u>	<u>Erste Schritte auf dem Weg zum Vertragswettbewerb in der GKV</u>	50
<u>4.1</u>	<u>Reform der integrierten Versorgung</u>	50
4.1.1	Nebeneinander von integrierter Versorgung und bisherigen Versorgungsstrukturen	51
4.1.2	Beseitigung kollektiver Rahmenvereinbarungen	52
4.1.3	Ausschluss einseitiger Beitrittsrechte Dritter.....	53
4.1.4	Teilnahme nicht zugelassener Leistungsanbieter.....	54
4.1.5	Öffnung für juristische Personen des Privatrechts (Beispiel GmbH)	55

4.1.6	Ermöglichung der Arzneimittelversorgung durch integrierte Versorger	59
4.1.7	Entwicklungs- und Förderbedarf	60
4.2	Abbau von Überregulierung in anderen Leistungsbereichen	60
4.2.1	Einstieg in den Vertragswettbewerb bei den Krankenhäusern	61
4.2.2	Einstieg in den Vertragswettbewerb bei Leistungserbringern von Rehabilitationsleistungen, Heilmitteln und Hilfsmitteln	62
4.3	Verbesserung der Datengrundlagen	62
4.4	Übergang vom Zulassungsmodell in das wettbewerbliche Vertragsmodell	63
4.4.1	Variante 1: Sofortige Beendigung des Zulassungssystems	63
4.4.2	Variante 2: Obligatorisches Vertragssystem für neue Leistungserbringer	64
4.4.3	Variante 3: Wahlmöglichkeit für Bestand und Neuzugang	66
4.4.4	Ausgestaltung der Vertragsbeziehungen im Übergangszeitraum	67
4.4.5	Sicherstellung der Versorgung im Übergangszeitraum	69
4.4.6	Qualitätssteuerung im Übergangszeitraum	70
5	Literatur	76
6	Abkürzungen	79
7	Anhang	81

1 Kurzfassung

1.1 Ausgangssituation und Reformbedarf

1. Zentrale Ursachen für Über-, Unter- und Fehlversorgung im deutschen Gesundheitssystem, für die vielfach unzureichende Versorgung chronisch Kranker, für die mangelnde Qualität der Versorgung und die ineffiziente Verwendung der finanziellen Ressourcen sind die sektorale Zersplitterung des Versorgungssystems und das unkoordinierte Nebeneinander unterschiedlicher Steuerungsmechanismen. Das deutsche Gesundheitswesen braucht einen Produktivitätssprung, insbesondere durch Überwindung der starren Versorgungssektoren und ihrer Grenzen.
2. Mit dem GSG und der bereits beschlossenen Morbiditätsorientierung des RSA hat der Gesetzgeber erste Bestandteile einer funktionalen Wettbewerbsordnung auf den Weg gebracht. Allerdings steht der Wettbewerb sowohl zwischen den Krankenkassen als auch zwischen den Leistungserbringern heute nur bruchstückhaft im Dienst von Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung. Dies hat insbesondere folgende Ursachen:
 - a) die Verpflichtung zu gemeinsamen und einheitlichen Verträgen für Kassen,
 - b) Kontrahierungszwang für Kassen und Anbieter,
 - c) starre sektorengelundene Zulassungssysteme und sektorale Budgets.

An diesen Defiziten muss die Gesundheitsreform ansetzen.

3. Wettbewerb darf im Gesundheitswesen kein Ziel an sich sein. Er muss vielmehr auf das Ziel der Verbesserung von Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung ausgerichtet werden. Zugleich muss sichergestellt werden, dass das Solidarprinzip (Leistungen nach dem medizinischen Bedarf und Finanzierung nach der ökonomischen Leistungsfähigkeit) und der einheitliche Leistungskatalog erhalten bleiben. Erforderlich ist daher eine angemessene Regulierung des Wettbewerbs durch eine solidarische Wettbewerbsordnung.

1.2 Reformperspektive Vertragswettbewerb

4. Vertragswettbewerb ist Bestandteil eines umfassenden wettbewerblichen Gesamtkonzepts für die GKV. Wettbewerbliche Such- und Entdeckungsprozesse wecken das

kreative Potenzial der Marktakteure und tragen maßgeblich zur Entwicklung innovativer, insbesondere *sektorübergreifender Versorgungs- und Vergütungsformen* bei. Reiner Preis-(Beitragsatz-)Wettbewerb wird durch einen Wettbewerb um Wirtschaftlichkeit und Qualität ersetzt.

Die derzeit vorherrschende *sektorspezifische Budgetierung* ist mit einem ausgebauten Vertragswettbewerb, in dem innovative und sektorübergreifende Versorgungs- und Vergütungsformen entwickelt sind, nur schwer zu vereinbaren. Der Wettbewerb der Krankenkassen untereinander schafft in Verbindung mit den neuen Handlungsmöglichkeiten der Krankenkassen deutlich verbesserte Anreize und Chancen für stabile Beitragsätze.

5. Zentral für den Vertragswettbewerb ist erstens Wettbewerb der Kassen, die mit attraktiven Versorgungsangeboten um Versicherte konkurrieren. Dazu vereinbaren Kassen mit ausgewählten Leistungserbringern Versorgungsverträge für ihre Versicherten. Dadurch entsteht zweitens Wettbewerb der Leistungserbringer um Verträge mit Krankenkassen, da im Vertragswettbewerb nicht jeder Leistungserbringer zwangsläufig einen Vertrag bekommt. An die Stelle der bisherigen Zulassungsakte, die ohne weiteres zur Versorgung aller GKV-Versicherten berechtigen, tritt die *selektive vertragliche Vergabe von Dienstleistungsaufträgen* von Krankenkassen an Leistungserbringer. Der selektive Vertrag ist zeitlich befristet, gibt allerdings hinreichende zeitliche Sicherheiten, so dass sich insbesondere Investitionen in neue Versorgungskonzepte lohnen. Vertragswettbewerb bietet damit innovativen Leistungsanbietern die Chance zur Ausschöpfung von Qualitäts- und Effizienzreserven, von denen auch die Versicherten und Beitragszahler profitieren.

Für Monopol- und Kartellbildung jedweder Art, insbesondere auch in Form von einheitlichen und gemeinsamen Verträgen, ist in einem System mit Vertragswettbewerb kein Platz – weder auf Anbieter- noch auf Kassenseite. Im Interesse eines fruchtbaren Wettbewerbs zum Vorteil der Versicherten und Patienten muss vielmehr verhindert werden, dass marktbeherrschende Stellungen ausgenutzt werden können. Dies wird durch *Anwendung des Wettbewerbsrechts* gegenüber beiden Seiten des Vertragsgeschehens sichergestellt.

6. Im Konzept des Vertragswettbewerbs müssen die Aufgaben der mittleren Steuerungsebene (vor allem die gemeinsamen und einheitlichen Verträge, aber auch sonstige von Verbänden getroffene kollektive Vorgaben, etwa in Form von Rahmenverträ-

gen) weitgehend auf die einzelwirtschaftliche Ebene (einzelne Krankenkassen und einzelne Leistungsanbieter) übertragen werden. Weiterhin erforderliche untergesetzliche (und auch nicht durch Rechtsverordnung zu treffende) Regulierungen wie insbesondere die Konkretisierung des Leistungskatalogs oder die Normierung von allgemeinen Qualitätsmerkmalen, die der vertraglichen Ausgestaltung vorgegeben werden, sollten von einem neuen, sektorübergreifend ausgerichteten Regulierungsgremium übernommen werden, das die Funktionen von Bundesausschuss, Ausschuss Krankenhaus und Koordinierungsausschuss verknüpft sowie hinreichend demokratisch legitimiert und wettbewerbsrechtlich unbedenklich ist.

Wir schlagen hierfür die Errichtung eines neuen „Regulierungsausschusses GKV“ vor, der interessenpluralistisch zusammengesetzt und auf Vorschlag von Bundesregierung und Bundesrat durch den Bundespräsidenten berufen wird.

Die Zuständigkeiten des Regulierungsausschusses GKV würden sich auf die heute von Bundesausschuss, Ausschuss Krankenhaus und Koordinierungsausschuss zu treffenden Regelungen beziehen sowie auf solche Regelungen, die heute in den Normverträgen auf Bundesebene getroffen werden, sofern sie auch im System des Vertragswettbewerbs noch für erforderlich gehalten werden. Darüber hinaus kommen weitere Aufgaben hinzu, wie insbesondere die Normierung von allgemeinen inhaltlichen und verfahrensmäßigen Anforderungen an zu vereinbarende Qualitätsinformationen und Qualitätselemente in der Vergütung der Leistungserbringer in Konkretisierung allgemeiner gesetzlicher Vorgaben sowie die Festlegung bundesweiter Kriterien zur Feststellung von Versorgungsdefiziten.

7. Zur Überwindung der sektoralen Abschottung ist es erforderlich, dass die Aufgabe, den Versicherten Zugang zu allen im Bedarfsfall erforderlichen Versorgungsleistungen innerhalb eines für zumutbar gehaltenen räumlichen und zeitlichen Höchstrahmens zu sichern, sektorübergreifend durch die Krankenkassen wahrgenommen wird. Die Krankenkassen schließen hierzu Verträge mit den Leistungserbringern. Bei Vertragswettbewerb und entsprechenden wettbewerblichen Rahmenbedingungen (zentral: Durchführung eines morbiditätsorientierten RSA) haben die Krankenkassen von sich aus ein massives Interesse, ein ausreichendes Versorgungsangebot für ihre Versicherten zur Verfügung zu stellen. Andernfalls hätten sie mit Mitgliederverlust zu rechnen. Dennoch ist nicht auszuschließen, dass insbesondere in ländlichen Regionen Versorgungsdefizite auftreten können. Es ist Aufgabe der Länder, derartige Versorgungs-

defizite rechtzeitig zu identifizieren und bei Bedarf gezielt zu intervenieren. Damit die Länder diese Aufgabe wahrnehmen können, wird ein bevölkerungsbezogenes Monitoring-System auf der Grundlage bundesweit einheitlicher Indikatoren für drohende bzw. bestehende Versorgungsmängel, -defizite, -lücken mit Interventionsmöglichkeiten zur rechtzeitigen Vermeidung bzw. Beseitigung dieser Mängel benötigt. Für ggf. erforderliche Interventionen der Länder sind entsprechende Kompetenzen zu schaffen.

8. *Vereinbarung und Einhaltung von Qualitätszielen* werden bei forciertem Vertragswettbewerb einen erheblich größeren Stellenwert als heute einnehmen. Deshalb müssen sich sowohl Versicherte und Patienten als auch Krankenkassen und Leistungserbringer sowie die Öffentlichkeit besser als bisher über die Qualität der Versorgung orientieren können. Nur wenn Qualität von den Marktteilnehmern nach außen sichtbar gemacht wird, kann erreicht werden, dass Qualität ein Wettbewerbsfaktor wird.

Wir sehen es als erforderlich an, dass ein Set von einheitlichen Basisindikatoren durch den Regulierungsausschuss GKV vorgegeben wird. Diese Indikatoren bilden die Organisation der Versorgung, medizinische Strukturen und Prozesse sowie – sofern vorhanden und wissenschaftlich abgesichert – Ergebnisse ab sowie die Beurteilung aus Sicht von Patienten, Krankenkassen und Leistungserbringern. Alle Leistungsanbieter haben eine Darlegungs- und Transparenzpflicht hinsichtlich dieser Indikatoren. Leistungsanbieter und Krankenkassen können darüber hinaus auf der Grundlage weiterer Indikatoren berichten. Hierzu soll ein System der Zertifizierung von Qualitätsindikatoren entwickelt werden, auf das sich die Akteure in der Darstellung ihrer Qualitätsanstrengungen beziehen können.

9. *Sonderregelungen für einzelne Kassen*, die aus der historisch begründeten Zugehörigkeit zu bestimmten Kassenverbänden entstanden sind, können die Ergebnisse des Vertragswettbewerbs verzerren und sind daher zu beseitigen. Das gilt vor allem im Hinblick auf Personalkosten-, Errichtungs-, Schließungs- und Öffnungsprivilegien sowie Beschränkungen im Hinblick auf Vertragsgemeinschaften und Fusionen von Kassen jenseits der bestehenden Verbändezugehörigkeit. Im System des Vertragswettbewerbs haben alle Krankenkassen die gleichen Rechte, aber auch die gleichen Pflichten. Eine Option zur regionalen Beitragssatzgestaltung muss allen Krankenkassen eingeräumt werden.

Die *Aufsicht über die Krankenkassen* ist im Wettbewerbsinteresse nach funktionalen Gesichtspunkten inhaltlich und organisatorisch neu zu ordnen: Die Aufsicht über das

Haushalts- und Geschäftsgebaren der Krankenkassen einschließlich der Aufsicht über die Zulässigkeit der Satzung sollte künftig einheitlich auf Bundesebene erfolgen. Dies gilt unabhängig davon, ob die zu beaufsichtigenden Kassen in einem oder in mehreren Ländern tätig sind. Durch diese Regelung wird sichergestellt, dass die Aufsicht über alle miteinander im Wettbewerb stehenden Kassen einheitlich erfolgt. Dabei ist in Bezug auf die Genehmigung künftiger Kassenfusionen insbesondere das Kriterium der wettbewerbsrechtlichen Unbedenklichkeit zu beachten. Die Länder sollten dagegen durchgängig die Aufsicht über die Zulässigkeit der im jeweiligen Land abgeschlossenen Versorgungsverträge wahrnehmen. Diese Regelung ist auch deshalb notwendig, damit die Länder die ihnen zugewiesene Aufgabe im Hinblick auf die Vermeidung von Versorgungsdefiziten wahrnehmen können.

1.3 Erste Schritte

Vor dem Hintergrund der beschriebenen strukturellen Qualitäts- und Effizienzdefizite des deutschen Gesundheitssystems muss der Gesetzgeber umgehend mit ersten Schritten zur Umsetzung der Reformperspektive Vertragswettbewerb beginnen.

1.3.1 Schwerpunkt Integrierte Versorgung

10. Als *Einstieg in den Vertragswettbewerb* bietet sich insbesondere eine Reform der bereits im Gesetz – aber nicht in der Versorgungswirklichkeit – bestehenden integrierten Versorgung an. Durch die sektorübergreifende Wahrnehmung von Versorgungsverantwortung können Wirtschaftlichkeits- und Qualitätsreserven mobilisiert werden. Vertragswettbewerb ist der geeignete Rahmen für diese neuen Versorgungsformen, weil er notwendige Such- und Entdeckungsprozesse im Hinblick auf die Entwicklung innovativer und sektorübergreifender Versorgungskonzepte fördert.

Das bisherige Scheitern der grundsätzlich richtigen Idee der integrierten Versorgung ist vor allem darauf zurückzuführen, dass es bei den gesetzlichen Regelungen bislang nicht vorrangig um die *Förderung neuer Versorgungsformen* ging. Im Vordergrund stand vielmehr, die von der integrierten Versorgung möglicherweise ausgehenden Störungen bestehender Kollektivregelungen zu minimieren. Diese Logik gilt es umzukehren.

a) Bislang können nur *zugelassene Leistungsanbieter* an der integrierten Versorgung teilnehmen. Verträge über integrierte Versorgung sollten aber auch mit

Leistungsanbietern abgeschlossen werden können, die außerhalb der integrierten Versorgung nicht zugelassen sind. Soweit *berufsrechtliche Bestimmungen* der Entwicklung von integrierten Versorgern entgegenstehen, sind sie für den Bereich der Sozialversicherung zu begrenzen. Das gilt insbesondere für die Organisation in betriebswirtschaftlich zweckmäßigen Einrichtungen der ambulanten Versorgung. Juristische Personen des Privatrechts, die die interne Organisation der vertraglich vereinbarten Leistungserbringung durch Abschluss von Arbeitsverträgen sichern, müssen auch ambulante Versorgung im Rahmen der GKV erbringen können.

- b) Zum Konzept der integrierten Versorgung gehört auch, dass als integrierte Versorger auftretende juristische Personen selbst, also ohne Einschaltung selbständiger Apotheker, die Versicherten mit Arzneimitteln versorgen können. Hierzu bedarf es bestimmter Änderungen des Apothekenrechts, die den unmittelbaren Bezug bei Herstellern oder Großhändlern sowie die Herstellung von Arzneimitteln und die Abgabe an Versicherte regeln.
- c) Einseitige *nachträgliche Beitrittsrechte* für zunächst nicht beteiligte Leistungserbringer, Kassenärztliche Vereinigungen oder Krankenkassen zur integrierten Versorgung sind auszuschließen. Dies könnte auch dadurch erreicht werden, dass es der Gesetzgeber den Vertragspartnern der integrierten Versorgung generell ermöglicht, von den Rahmenvereinbarungen (die ein solches Beitrittsrecht gegenwärtig vorsehen) abzuweichen, und diese auf Empfehlungscharakter beschränkt.
- d) Es bedarf eindeutiger Regelungen, dass Leistungen, die im Rahmen von integrierter Versorgung vergütet werden, nicht noch einmal im tradierten Vertragssystem vergütet werden. Die entsprechenden Budgets sind deshalb zu bereinigen. Die Regelungen müssen die Schiedsämter hinreichend binden.
- e) Integrierte Versorger stehen vor bislang ungekannten *betriebswirtschaftlichen Herausforderungen*. Die Bewältigung dieser Herausforderungen ist notwendige Voraussetzung für den Erfolg der integrierten Versorgung. Hier besteht eine unverzichtbare Aufgabe für staatliche Förderung und Entwicklung mit Hilfe des allgemeinen Instrumentariums der Wirtschafts- und Technologieförderung.

1.3.2 Abbau von Überregulierung und Schaffung von mehr Transparenz

11. Um die *Anreize für Vertragswettbewerb auch außerhalb der integrierten und ambulanten Versorgung* kurzfristig zu erhöhen, sind sämtliche kollektiven Steuerungsinstrumente mit dem Ziel des Abbaus von Überregulierung auf den Prüfstand zu stellen. Dazu sollten Möglichkeiten zur Vereinbarung von kassenindividuellen Versorgungsverträgen mit Rehabilitationseinrichtungen geschaffen werden. Ebenfalls sollten Möglichkeiten zu kassenindividuellen Verträgen mit einzelnen Heil- und Hilfsmittelerbringern geschaffen werden.
12. Mehr Vertragswettbewerb erfordert umgehend die *Verbesserung der verfügbaren Datengrundlagen* für Leistungserbringer und Krankenkassen. Insbesondere müssen die Beteiligten an integrierten Versorgungsformen – unter Wahrung des Datenschutzes – über ausreichende Kalkulationsgrundlagen verfügen, um interne Organisationsstrukturen und zweckmäßige Vergütungssysteme entwickeln zu können. Das derzeitige Datenmonopol der Kassenärztlichen Vereinigungen für große Teile der ambulanten ärztlichen Versorgung kann deshalb nicht bestehen bleiben.

1.3.3 Übergang vom Zulassungsmodell in das wettbewerbliche Vertragsmodell im ambulanten Bereich

13. In Bezug auf die Zeitschiene der notwendigen Überführung des Zulassungsmodells in ein Vertragsmodell bestehen mehrere Optionen:
 - a) Der Gesetzgeber könnte das bisherige Zulassungssystem mit sofortiger Wirkung beenden und bislang zugelassene Leistungserbringer auf den möglichen Abschluss selektiver Verträge verweisen. Dies dürfte allerdings nur sehr schwer auf verfassungsrechtlich zulässige Weise zu realisieren sein. (*Variante 1*)
 - b) Der Zugang der Leistungserbringer könnte für den Bestand und für neu hinzukommende Leistungserbringer unterschiedlich geregelt sein: Niedergelassene Ärzte, die bis zu einem bestimmten Zeitpunkt, z.B. 31.12.2003, über das derzeitige Zulassungssystem den Status als Vertragsarzt erworben haben, können diesen Status weiterhin – für eine mehrjährige Übergangszeit – behalten; sie erhalten jedoch eine Option, aus dem kollektiven Zulassungssystem auszusteigen und in das selektive Vertragsmodell zu wechseln. Demgegenüber können nach diesem Zeitpunkt neu in das System hineinstrebende Ärzte nur noch über selektive Verträge Leistungen im Rahmen der GKV erbringen. (*Variante 2*)

Bei dieser Variante bestünde eine denkbare Ausgestaltungsmöglichkeit auch darin, den bisherigen Vertragsärzten für eine mehrjährige Übergangszeit einen Rechtsanspruch auf Individualverträge mit sämtlichen Krankenkassen einzuräumen, auf Kollektivverträge mit den (insoweit entbehrlich werdenden) Kassenärztlichen Vereinigungen jedoch zu verzichten.

- c) Auch die neu eine Niederlassung anstrebenden Ärzte erhielten eine Wahlmöglichkeit zwischen kollektivem Zulassungssystem und selektivem Vertragssystem. Erst am Ende einer längeren Übergangszeit würde das kollektive Zulassungsmodell geschlossen und in ein selektives Vertragssystem überführt. (*Variante 3*)

Von Variante 1 bis Variante 3 nimmt das mit der Neuregelung verbundene Konfliktpotenzial deutlich ab, allerdings sinkt auch die Wirksamkeit. Eine „kritische Masse“ von Leistungserbringern außerhalb von Kollektivverträgen kann in Variante 3 wohl erst auf längere Sicht erreicht werden.

14. Für den Übergangszeitraum sollte gelten:

- a) Die Ärzte, die über das selektive Vertragssystem an der Versorgung teilnehmen, sind nicht mehr Mitglieder der Kassenärztlichen Vereinigungen. Ihre Rechte und Pflichten ergeben sich künftig nicht mehr durch die Regelungen, die in den Kollektivverträgen von Krankenkassenverbänden mit den KVen oder mit der KBV vereinbart werden. Vielmehr ist hier der Inhalt der Verträge mit den Krankenkassen maßgeblich. Die kassenärztlichen Vereinigungen können damit nur noch Steuerungsfunktionen für einen Teil der ambulanten ärztlichen Versorgung wahrnehmen.
- b) Die im Rahmen des kollektiven Vertrags- und Zulassungssystems tätigen Ärzte sind hingegen weiterhin Mitglieder der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung. Ihre Rechte und Pflichten ergeben sich – im Rahmen des geltenden Rechts – aus den kollektiven Regelungen der (gemeinsamen) Selbstverwaltung, für die auch das institutionelle Gefüge einschließlich des Schiedsamtswesens erhalten bleibt. Die Gesamtvergütung muss um die selektiv kontrahierten Leistungen bereinigt werden; hieran sind die Schiedsämter zu binden.
- c) Entsprechendes gilt für die anderen Sektoren der Leistungserbringung.

- d) Entscheidungsstrukturen der kollektiven Vertrags- und Zulassungssysteme, die mit der von Beginn an gewollten deutlichen Stärkung der integrierten Versorgung und der selektiven Vertragsabschlüsse kollidieren, müssen allerdings modifiziert und teilweise auf den neuen Regulierungsausschuss GKV verlagert werden.
15. Es sollte eine *Option für Einzelkassen* geschaffen werden, dass diese anstelle der Verbände Gesamtverträge mit den Kassenärztlichen Vereinigungen abschließen können.
16. Es sollte eine Möglichkeit für einzelne Krankenkassen oder Krankenkassenverbände geschaffen werden, *gesonderte Arznei- und Heilmittelvereinbarungen* mit den Kassenärztlichen Vereinigungen zu schließen.
17. In der Übergangsphase ist davon auszugehen, dass die Kassenärztlichen Vereinigungen zunächst den weit überwiegenden Teil der ambulanten Versorgung im Rahmen der mit ihnen geschlossenen Kollektivverträge organisieren. Vor diesem Hintergrund erscheint es sinnvoll, die Organisation des Notdienstes in der Übergangsphase zunächst weiterhin den KVen zu übertragen, zugleich aber zu gewährleisten, dass sich Leistungserbringer, die auf der Grundlage von selektiven Verträgen an der ambulanten (und integrierten) Versorgung teilnehmen, ebenfalls hieran beteiligen.

1.3.4 Übergang vom Zulassungsmodell in das wettbewerbliche Vertragsmodell im stationären Bereich

18. Spätestens nach Abschluss der Konvergenzphase der DRG-Einführung (ab 2007) könnte an die Stelle der Planung von Kapazitäten durch die Bundesländer die Vorgabe von zu kontrahierenden Leistungsmengen treten. Zugleich könnte den jeweiligen Krankenkassen freigestellt werden, von welchen Krankenhäusern sie diese Leistungsmengen kontrahieren würden. Kassenspezifische Abweichungen vom landesweit einheitlichen Basisfallwert in der Vergütung sollten dabei ermöglicht werden.

Wesentlich weniger weitgehend wäre hingegen ein Vorschlag, das System der Krankenhausplanung und –finanzierung in der Übergangszeit unverändert zu lassen, jedoch Möglichkeiten zu kassenindividuellen Vereinbarungen mit Krankenhäusern, etwa über kassenspezifische Budgets, über kassenspezifische Basisfallwerte nach Einführung der DRGs oder – im Fall überregional einheitlicher Basisfallwerte – über kassenspezifische Zu- und Abschläge einzuführen.

2 Ausgangssituation und Reformbedarf

Zentrale Ursache für Über-, Unter- und Fehlversorgung im deutschen Gesundheitswesen, für die vielfach unzureichende Versorgung chronisch Kranker, für die mangelnde Qualität der Versorgung und das Missverhältnis zwischen Aufwand und Ergebnis ist – wie schon seit vielen Jahren beklagt wird – die durch rechtliche Vorgaben bedingte rigide sektorale Trennung der Versorgungs- und Finanzierungsstrukturen. Überdies werden durch unterschiedliche Vergütungsformen in den einzelnen Versorgungssektoren unterschiedliche Anreize gesetzt. Eine detaillierte Planung von sektorspezifischen Versorgungskapazitäten wird dem Bedarf der Bevölkerung an einer effizienten sektorenübergreifenden Gesamtversorgung nicht gerecht. Die sektorspezifische Aufspaltung von Zuständigkeiten verhindert die Entwicklung von sektorübergreifenden Versorgungsformen, die wesentliche Chancen für eine insgesamt effiziente und qualitativ hochwertige patientenorientierte Gesundheitsversorgung bieten.

Staatliche Steuerung durch Bund und Länder, Steuerung durch Verbände im Rahmen der gemeinsamen Selbstverwaltung sowie wettbewerbliche Mechanismen stehen heute weitgehend unkoordiniert nebeneinander. Hinzu kommt eine hohe und immer weiter zunehmende Komplexität von Regulierungen und Koordinierungen. Die über Jahrzehnte gewachsenen Verkrustungen, Ständestrukturen und wechselseitigen Interessenblockaden der Institutionen im deutschen Gesundheitswesen machen dieses unbeweglich und reformresistent. Selbst beschlossene Reformen werden deswegen nicht oder nicht vollständig umgesetzt.

Als Folge dieser Defizite geben im internationalen Vergleich – gemessen an der Wirtschaftsleistung – nur die USA und die Schweiz mehr Geld für die Gesundheitsversorgung aus als Deutschland (OECD 2002). Gleichzeitig liegen die Ergebnisse der Versorgung (z. B. Lebenserwartung) in Deutschland nur im internationalen Mittelfeld und sind geprägt von Über-, Unter- und Fehlversorgung (Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen 2002). Dieses Missverhältnis gilt es zu überwinden. Das deutsche Gesundheitswesen braucht einen Produktivitätssprung, insbesondere durch individuelle Vertragsgestaltungen zwischen Kassen und Leistungserbringern und entsprechend vermehrte Anreize und Möglichkeiten zur Überwindung der bestehenden starren Versorgungssektoren und ihrer Grenzen im Rahmen neuer Versorgungsformen.

Schon mit dem GSG hat der Gesetzgeber den Stellenwert wettbewerblicher Steuerungselemente in der GKV nachhaltig ausgebaut. Die Versicherten haben weitgehende Wahlmöglich-

keiten zwischen den Krankenkassen. Der ebenfalls durch das GSG eingeführte RSA soll Anreize für die Kassen setzen, Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung zu erhöhen, statt ihre Beitragssatz- und damit Wettbewerbsposition durch Risikoselektion zu verbessern. Die mit der Einführung von Wahlfreiheit der Versicherten und RSA verfolgten Ziele des Gesetzgebers sind bislang jedoch nur eingeschränkt erreicht worden. Zwar kompensiert der RSA Unterschiede in der Risikostruktur in erheblichem Ausmaß, doch wird aktive und passive Risikoselektion nach wie vor durch unmittelbare Beitragssatzvorteile belohnt. Deshalb bestehen für die Krankenkassen auch noch keine hinreichenden Anreize, ihr Engagement im Wettbewerb vorrangig auf die Verbesserung von Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung von kranken, insbesondere auch von chronisch kranken Versicherten zu richten. Dieses Problem hat der Gesetzgeber jedoch bereits erkannt und folgerichtig beschlossen, den Risikostrukturausgleich unmittelbar morbiditätsorientiert weiterzuentwickeln. Die Vorbereitungen dazu laufen derzeit bereits; die Implementierung soll 2007 erfolgen.

Bislang ist Wettbewerb in der GKV vor allem Preiswettbewerb zwischen den Krankenkassen (Greß 2002). Zwar hat sich die Servicequalität in den Krankenkassen seit Einführung des Wettbewerbs deutlich verbessert, doch stehen den Kassen insbesondere im Vertragsbereich zu wenig Instrumente zur Beeinflussung von Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung zur Verfügung. Wettbewerb sowohl zwischen Krankenkassen als auch zwischen Leistungserbringern steht heute nur bruchstückhaft im Dienst der Verbesserung von Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung. Dies hat folgende Ursachen:

Krankenkassen und ihre Verbände müssen in weiten Teilen gemeinsam und einheitlich handeln. Darum können sie nicht mit attraktiven Innovationen den Wettbewerb beleben. In allen Bereichen der Versorgung haben die Krankenkassen kaum Einfluss darauf, welche Leistungsanbieter zu welchen Bedingungen die Versorgung erbringen (Kontrahierungszwang). Insofern können sie im Wettbewerb untereinander weder kassenspezifische Preisgestaltungen noch gesonderte Qualitätsvereinbarungen einsetzen.

So nehmen an der vertragsärztlichen Versorgung in einem KV-Bezirk heute alle niedergelassenen Ärzte, die über das kassenartenübergreifende Zulassungssystem (§§ 95 bis 97 SGB V) zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen sind, bei allen Krankenkassen teil. Die Krankenkassen haben weder gemeinsam und einheitlich noch kassenindividuell die Möglichkeit, einzelne Ärzte oder Gruppen von Ärzten von der Versorgung auszuschließen, es sei denn, die Zulassung wird gemeinsam und einheitlich und im Zusammenwirken mit den KVen wegen grober Pflichtverletzung entzogen. Auch umgekehrt bestehen für Ärzte keine Möglichkeiten,

ihre Teilnahme an der Versorgung auf die Versicherten bestimmter Krankenkassen zu beschränken.

An der Krankenhausversorgung der GKV-Versicherten nehmen alle zugelassenen Krankenhäuser (§§ 108 bis 110 SGB V) teil. Einzelne Krankenkassen haben keine Möglichkeiten, einen Versorgungsvertrag mit einem Krankenhaus zu kündigen und Krankenhäuser von der Versorgung ihrer Versicherten auszuschließen; vielmehr besteht diese Möglichkeit nur gemeinsam und einheitlich und nur unter den engen Voraussetzungen des § 110 SGB V. Auch umgekehrt besteht eine solche Möglichkeit für Krankenhäuser nicht. Gegenüber Reha-Einrichtungen (§§ 111 SGB V) und Heil- und Hilfsmittelerbringern (§§ 124 und 126 SGB V) erfolgt die Zulassung ebenfalls gemeinsam und einheitlich. Integrierte Versorger können im geltenden Recht nur aus den Reihen der in den einzelnen Sektoren zugelassenen Leistungserbringer kommen (§ 140b SGB V).

Nicht nur beim Eintritt in das GKV-System, sondern auch bei der Regelung der Vergütungsmodalitäten wird Vertragswettbewerb systematisch verhindert. So schließen etwa alle Krankenkassen gemeinsam und einheitlich die Pflegesatzvereinbarung mit den Krankenhäusern (§ 17 KHG). In der vertragsärztlichen Versorgung schließen die Landesverbände (bzw. die Verbände der Ersatzkassen) für ihre teilweise unmittelbar miteinander konkurrierenden Mitgliedskassen Gesamtverträge ab (§ 83 SGB V). Auch für innovative Leistungserbringer besteht damit kein Anreiz, ihre Ideen umzusetzen. Die starren sektorengelassenen Zulassungssysteme und sektoralen Budgets zementieren die Grenzen zwischen ambulanter und stationärer Versorgung. Insofern ist der Spielraum für integrierte Versorgung durch die Herausbildung neuer Typen von Leistungserbringern zu eng.

3 Reformperspektive Vertragswettbewerb

Wettbewerb darf im Gesundheitswesen kein Ziel an sich sein. Er muss vielmehr auf das Ziel der Verbesserung von Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung ausgerichtet werden. Zugleich muss sichergestellt werden, dass das Solidarprinzip (Leistungen nach dem medizinischen Bedarf, also unabhängig vom Einkommen, und Finanzierung nach der ökonomischen Leistungsfähigkeit, also insbesondere unabhängig vom individuellen Krankheitsrisiko) erhalten bleibt.

Vertragswettbewerb ist Bestandteil eines umfassenden wettbewerblichen Gesamtkonzepts für die GKV. Wettbewerbliche Such- und Entdeckungsprozesse wecken das kreative Potenzial der Marktakteure und tragen maßgeblich zur Entwicklung innovativer sektorübergreifender Versorgungsformen bei.¹ Dadurch werden – über das Nachfrageverhalten der Kassen, die ihrerseits im Wettbewerb um Versicherte stehen – gleichzeitig Qualität und Wirtschaftlichkeit der Gesundheitsversorgung in der GKV nachhaltig verbessert. Zum wettbewerblichen Gesamtkonzept gehören der Abbau von Regulierung, die Erweiterung von Freiheiten für Leistungsanbieter und Krankenkassen und eine für alle Beteiligten geltende solidarische Wettbewerbsordnung, die den Wettbewerb in angemessener Weise reguliert und unerwünschte Auswirkungen des Wettbewerbs verhindert.

Notwendige (aber nicht hinreichende) Bedingung für Vertragswettbewerb um mehr Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung und somit zentraler Bestandteil einer solidarischen Wettbewerbsordnung ist die Umsetzung des morbiditätsorientierten RSA. Ein direkt morbiditätsorientierter RSA verhindert die derzeit noch bestehenden Beitragssatzvorteile als Ergebnis von aktiver und passiver Risikoselektion, da die Kassen deutlich risikoäquivalenterer – also stärker am tatsächlichen Ausgabenrisiko ihrer Versicherten ausgerichtete – Beitragsbedarfe zugerechnet bekommen. Insbesondere stellen kranke Versicherte bei einem morbiditätsorientierten RSA für die Kassen nicht mehr automatisch „schlechte Risiken“ (mit negativen Deckungsbeiträgen) dar. Entsprechend müssen die Kassen nicht mehr befürchten, dass aktives Eintreten für die Verbesserung der Versorgung von chronisch Kranken am Ende zu einem

¹ Unter sektorübergreifenden Versorgungsformen ist in diesem Zusammenhang zu verstehen, dass die Versorgungsform mindestens zwei der Sektoren gemäß SGB V umfasst (z. B. ambulante ärztliche und nicht-ärztliche Versorgung, stationäre Versorgung, Arzneimittel, Heil- und Hilfsmittel). Konsequenterweise gehören zu diesen Sektoren auch noch die ambulante und stationäre Pflege gemäß SGB XI sowie ambulante und stationäre Rehabilitation gemäß SGB IX. Auf eine in dieser Hinsicht „erweiterte integrierte Versorgung“ wird in diesem Gutachten jedoch nicht weiter eingegangen.

Beitragssatz- und damit Wettbewerbsnachteil führt, weil dadurch zusätzliche Chroniker zu einem Kassenwechsel bewegt werden. Bei einem morbiditätsorientierten RSA kann sich demgegenüber gerade der Wettbewerb um (chronisch) Kranke Versicherte lohnen, weil sich durch gezielte Versorgungsangebote einer qualitativ hochwertigen und wirtschaftlichen Chronikerversorgung Beitragssatzvorteile realisieren lassen. Insgesamt stellt der morbiditätsorientierte RSA somit eine wesentliche Voraussetzung für sinnvollen Vertragswettbewerb dar, weil er bei den Kassen die Anreize zur Entwicklung von attraktiven Versorgungsangeboten für alle Versicherten deutlich verstärkt (Jacobs et al. 2002). Da der Prozess zur Implementierung des morbiditätsorientierten RSA bereits gesetzlich festgeschrieben ist, wird im weiteren Verlauf des Gutachtens von dessen Umsetzung ausgegangen.

In diesem Abschnitt des Gutachtens wird die mittelfristige Reformperspektive betrachtet, also ein System skizziert, in dem die Wettbewerbsordnung als Rahmen für Vertragswettbewerb vollständig umgesetzt ist. Dazu wird zunächst der grundlegende Mechanismus beschrieben, der dazu führt, dass Vertragswettbewerb zur Verbesserung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung führt (Abschnitt 3.1). Anschließend werden Voraussetzungen diskutiert, die erforderlich sind, damit Vertragswettbewerb sinnvoll wirken kann (Abschnitt 3.2). Abschließend werden die institutionellen Erfordernisse im Vertragswettbewerb noch einmal zusammengefasst (Abschnitt 3.3).

3.1 Verbesserung von Qualität und Wirtschaftlichkeit durch Vertragswettbewerb

Zentral für Vertragswettbewerb ist, dass die Krankenkassen im Wettbewerb um die Versicherten mit attraktiven Versorgungsangeboten zu einem möglichst günstigen Preis-(Beitragssatz-)Leistungs-Verhältnis konkurrieren. Dies kann heute weitgehend nicht geschehen, weil eine Krankenkasse kaum Möglichkeiten hat, solche attraktiven Versorgungsangebote zu entwickeln und umzusetzen. Daher besteht heute nahezu ausschließlich Beitragssatzwettbewerb zwischen den Kassen. Die Bedeutung des Beitragssatzes als Wettbewerbsparameter bleibt im Vertragswettbewerb bestehen; sie wird insofern sogar noch gestärkt, als die Krankenkassen zusätzliche Instrumente erhalten, im Rahmen individueller Verträge Preise und Mengen von Versorgungsleistungen zu steuern und damit deutlich wirksamer den Beitragssatz beeinflussen können als in der oben beschriebenen Ausgangssituation. Damit ist verbunden, dass die Wahlmöglichkeit der Versicherten zwischen Krankenkassen mit günstigen Versorgungsangeboten, die z.B. Bonuszahlungen für die Teilnahme an entsprechenden Modellen vorsehen, auch im Vertragswettbewerb erhalten bleiben sollte. Erhalten die Kassen jedoch über die Ausgestaltung der Versorgung zusätzliche Wettbewerbsparameter und sind gleich-

zeitig die Anreize richtig gesetzt (wozu insbesondere die Umsetzung des vom Gesetzgeber beschlossenen morbiditätsorientierten RSA gehört), Wettbewerb um attraktive Versorgungsangebote zu führen, werden die Versicherten ihre Kassenwahlentscheidungen nicht mehr nur nach dem Beitragsatz, sondern nach ihren individuellen Präferenzen in Bezug auf das Verhältnis von Beitrag *und* Versorgungsangeboten treffen.

Damit die Krankenkassen im Wettbewerb um Versicherte attraktive Versorgungsangebote anbieten können, vereinbaren sie mit ausgewählten Leistungserbringern Versorgungsverträge für ihre Versicherten. Krankenkassen, die über einen vergleichsweise hohen Anteil (chronisch) Kranker unter ihren Versicherten verfügen, müssen dabei in wesentlich größerem Umfang Versorgungsleistungen unter Vertrag nehmen als Krankenkassen mit überwiegend gesunden Versicherten. Bei einem morbiditätsorientierten RSA wird ihnen dafür jedoch auch ein wesentlich höherer Beitragsbedarf zugerechnet. Der dadurch ermöglichte Wettbewerb gerade auch um (chronisch) kranke Versicherte und ihre jeweiligen Versorgungsbedürfnisse ist vor allem deshalb besonders sinnvoll, weil allein in der Versorgung Kranker Wirtschaftlichkeitsreserven mobilisiert und Qualitätsdefizite behoben werden können, aber nicht in der Attrahierung gesunder Versicherter.

Da im Vertragswettbewerb nicht jeder Leistungserbringer zwangsläufig einen Vertrag bekommt, müssen die Leistungserbringer ihrerseits um patientengerechte, innovative Versorgungskonzepte mit guter Qualität zu günstigen Preisen bemüht sein. Der Wettbewerb zwischen den Krankenkassen führt somit in der nächsten Stufe zum Wettbewerb zwischen den Leistungserbringern. Die Krankenkassen werden ihrerseits darauf bedacht sein, sowohl den Preis als auch die Qualität der Leistungserbringer in ihre Auswahlentscheidungen einzubeziehen. Ansonsten besteht für die Kassen die Gefahr, dass sie bei einem Angebot schlechter Qualität aus dem Markt gedrängt werden, weil sich ihre Versicherten anderen Kassen zuwenden, die z.B. zum gleichen Preis (Beitragsatz) eine höhere Versorgungsqualität bieten. Über den Wettbewerb der Kassen um Versicherte werden in der nächsten Stufe (Wettbewerb der Leistungserbringer um Verträge) auch jene Leistungserbringer aus dem Markt gedrängt, die zwar günstig sind, aber schlechte Versorgungsqualität leisten.

Voraussetzung für einen solchen Vertragswettbewerb ist der Verzicht auf kollektiv regulierende Verträge. Kollektive Verträge lassen den Krankenkassen nicht genügend Möglichkeiten, neue Versorgungsformen mit innovativen Leistungsanbietern zu kontrahieren oder mit diesen gemeinsam zu entwickeln. Bisher ist die Zulassung in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung oder die Aufnahme in den Krankenhausplan in der stationären Versorgung

die zentrale Voraussetzung dafür, dass Leistungsanbieter einen Vergütungsanspruch gegenüber allen Krankenkassen bekommen; für die Krankenkassen herrscht gegenüber zugelassenen bzw. in den Krankenhausplan aufgenommenen Ärzten bzw. Krankenhäusern damit faktisch Kontrahierungszwang.

Im Vertragswettbewerb dagegen ist die zentrale Voraussetzung für Erbringung von Leistungen im Rahmen der GKV ein Vertrag mit einer Krankenkasse. Im Wettbewerb der Leistungsanbieter um solche Verträge sind Qualität und Preis der Versorgung – in durchaus unterschiedlich vorstellbaren Kombinationen – die entscheidenden Auswahlkriterien, die letztlich durch das Nachfrageverhalten der Versicherten gegenüber den Kassen gesteuert werden. Sinnvoller Vertragswettbewerb ist damit nur möglich, wenn die Krankenkassen einerseits Verträge mit ausgewählten Leistungsanbietern schließen können und andererseits darauf angewiesen sind, im Wettbewerb mit anderen Kassen ihren Versicherten ein möglichst günstiges Verhältnis von Preis (Beitragssatz) und Leistung (Qualität der medizinischen Versorgung) anbieten zu müssen. Genauso wenig wie die Krankenkassen mit jedem Leistungsanbieter einen Vertrag abschließen müssen, dürfen Leistungsanbieter verpflichtet sein, Verträge mit allen Krankenkassen zu schließen. Dadurch erhalten die im Hinblick auf Wirtschaftlichkeit und Versorgungsqualität überdurchschnittlich gut aufgestellten Leistungsanbieter eine entsprechend gute Verhandlungsposition gegenüber den Kassen. Damit wird auch deutlich, dass die Reformperspektive Vertragswettbewerb nicht nur eine Chance für diejenigen Krankenkassen darstellt, die durch aktives Vertragsmanagement mit einem guten Verhältnis aus Preis und Leistung um Versicherte konkurrieren können. Der Vertragswettbewerb bietet auch denjenigen Leistungsanbietern eine Chance, die über betriebswirtschaftliche Effizienzvorteile verfügen, diese aber unter der Rahmenbedingung kollektiver Verträge nicht voll ausschöpfen können. Im Vertragswettbewerb werden gerade diese Leistungsanbieter gute Chancen haben, von den Krankenkassen attraktive Verträge zu erhalten, weil beide Vertragspartner – und damit letztlich die Versicherten – von der Ausschöpfung von Effizienzreserven profitieren werden.

Im Vertragswettbewerb werden den einzelnen Krankenkassen erstmals Instrumente zur Verfügung gestellt, mit denen sie die Verwendung der eingesetzten Versichertenbeiträge wirkungsvoll steuern und kontrollieren können. Gleichzeitig sind die Krankenkassen im Wettbewerb untereinander darauf angewiesen, ein möglichst günstiges Verhältnis von Beitragssatz und Versorgungsqualität anzubieten, um die eingeschriebenen Versicherten zu halten und neue Versicherte gewinnen zu können. Damit – in Verbindung mit der regulativen Gestaltung des Leistungskatalogs und effizienteren Produktionsfunktionen der Leistungsanbieter – kann der Grundsatz der Beitragssatzstabilität aufrecht erhalten werden: Der Wettbewerbsdruck der

Krankenkassen untereinander sorgt dafür, dass die Erhöhung der Beitragssätze nach Möglichkeit vermieden wird. Die Tatsache, dass die Kassen über wirksame Instrumente zur Beeinflussung ihrer Leistungsausgaben verfügen, sorgt dafür, dass sie dieses Ziel auch realisieren können.

Nicht auszuschließen ist die Möglichkeit, dass einzelne Kassen im Rahmen des Vertragswettbewerbs qualitativ besonders hochwertige Versorgungsformen und Leistungsanbieter vertraglich an sich binden und bereit sind, dafür auch einen höheren Preis zu zahlen. In der Regel führt dieses Marktverhalten zu einem höheren Beitragssatz dieser Kassen, den möglicherweise nicht alle Versicherten zu zahlen bereit sein werden. Geht man aber davon aus, dass dies eher die Ausnahme darstellen und die Mehrheit der gesetzlich Versicherten Versorgungsangebote mit günstigen Preis-Leistungs-Verhältnissen wählen wird, dürfte (angesichts der verbesserten Potentiale zur Ausschöpfung von Wirtschaftlichkeitsreserven) der durchschnittliche Beitragssatz insgesamt stabil zu halten sein. Gleichzeitig ist es insbesondere in ländlichen Versorgungsregionen denkbar, dass überhaupt keine Wahlmöglichkeiten zwischen unterschiedlichen Versorgungsformen bestehen. Allerdings sollte nicht übersehen werden, dass die faktischen Wahlmöglichkeiten in Bezug auf die Versorgung auch schon heute regional durchaus unterschiedlich sind und regional unterschiedliche Versorgungsniveaus bestehen. Für die Gesamtbeurteilung ist letztlich entscheidend, dass Qualität und Wirtschaftlichkeit der gesundheitlichen Versorgung auf der Grundlage individueller Verträge zwischen Kassen und Leistungserbringern, z.B. durch die Realisierung von Produktivitätsfortschritten im Rahmen sektorübergreifender Versorgungsformen, insgesamt über dem derzeitigen Niveau liegen werden.

3.2 Voraussetzungen für zielgerichteten Vertragswettbewerb

In diesem Abschnitt werden die Voraussetzungen für zielgerichteten Vertragswettbewerb entwickelt. Es wird dargestellt, dass der Wettbewerb weiterhin auf der Basis eines einheitlichen Leistungskatalogs stattfinden sollte, das Verfahren zur Konkretisierung dieses Leistungskatalogs und die daran beteiligten Institutionen jedoch optimiert werden müssen (Abschn. 3.2.1). Sektorspezifische Regelungen können im ausgebauten Modell des Vertragswettbewerbs keine Rolle mehr spielen (Abschnitt 3.2.2), gemeinsames und einheitliches Handeln muss weitgehend durch einzelwirtschaftliches Handeln ersetzt und das Wettbewerbs- und Vergaberecht hierauf angewendet werden (Abschnitt 3.2.3). Es wird ein Mechanismus vorgeschlagen, wie im Vertragswettbewerb ein ausreichendes Versorgungsangebot sichergestellt werden kann (Abschnitt 3.2.4). Danach wird dargelegt, auf welche Art und Weise Qua-

litätsindikatoren der Versorgung entstehen und veröffentlicht werden können, so dass die Transparenz des Leistungsgeschehens für Versicherte, Patienten und Krankenkassen im Vertragswettbewerb gewährleistet ist (Abschnitt 3.2.5). Im Wettbewerbsinteresse ist es ferner erforderlich, die Organisationsreform der GKV fortzuführen (Abschnitt 3.2.6).

3.2.1 Wettbewerb auf der Basis eines einheitlichen Leistungskatalogs

Vertragswettbewerb hat vor allem zum Ziel, durch die Initiierung wettbewerblicher Such- und Entdeckungsprozesse neue und innovative Versorgungsformen zu entwickeln, um Qualität und Wirtschaftlichkeit der gesundheitlichen Versorgung zu verbessern. Die hierzu erforderliche Transparenz wird dadurch begünstigt, dass alle Krankenkassen den gleichen standardisierten Leistungskatalog anbieten. Zugleich wird durch einen solchen Leistungskatalog, der auch normative Entscheidungen darüber erfordert, was nach jeweiligem Stand der Wissenschaft als bedarfsgerechte und wirtschaftliche Versorgung zu gelten hat, der Solidarcharakter der GKV als soziale Krankenversicherung gewahrt.

3.2.1.1 Einheitlicher Leistungskatalog statt Wahlleistungen

Durch die Definition eines einheitlichen Leistungskatalogs wird sichergestellt, dass Vertragswettbewerb um die Art der Leistungserstellung geführt und diese dabei patientengerecht optimiert wird. Wenn die Versicherten zwischen unterschiedlich umfangreichen Leistungspaketen wählen könnten, würde dies zweifellos ihre individuelle Wahlfreiheit erhöhen, und sie könnten Leistungspakete auf der Grundlage ihrer individuellen Präferenzen zusammenstellen. Bevölkerungsbefragungen zeigen, dass Versicherte solche Wahlmöglichkeiten auch durchaus wahrnehmen würden (Nolting/Wasem 2002).

Diesem Vorteil ständen allerdings gravierende Nachteile entgegen. Erstens würde die Markttransparenz für die Versicherten durch die so entstehende Vielfalt unterschiedlicher und schwer vergleichbarer Angebote verschlechtert. Vergleichsparameter wären nicht nur Beitragssatz und Qualität der angebotenen Leistungen, sondern zusätzlich auch noch der Umfang des jeweiligen Leistungspakets. Letzteres würde möglicherweise nicht nur durch die enthaltenen Leistungen, sondern auch durch individuell zu vereinbarende Zuzahlungen definiert, was die Transparenz weiter mindern würde. Zweitens führt ein System von wählbaren Leistungspaketen zu einer Selbstselektion der Versicherten: Gesunde Versicherte würden möglichst

geringe, kranke Versicherte möglichst umfassende Leistungspakete wählen.² Durch die geringeren Beiträge der Gesunden, die den „schmaleren“ Leistungskatalog wählen, würde dem GKV-System tendenziell Geld entzogen, das für die unverändert umfangreiche Versorgung der Kranken verloren ginge. Eine solche „Entmischung“ von Gesunden und Kranken durch die Versicherung in unterschiedlichen Tarifen könnte auch durch den Risikostrukturausgleich nicht adäquat kompensiert werden (Jacobs et al. 2002). Systematisch zufriedenstellend sind wählbare Leistungspakete nur in einem System mit vollständig risikoäquivalenten Prämien organisierbar (Zweifel/Breuer 2002), das jedoch zugleich eine Reihe verteilungs- und gesundheitspolitisch problematischer Wirkungen aufweist und eine grundsätzliche Abkehr vom Prinzip der solidarischen Krankenversicherung bedeuten würde.

Im Vertragswettbewerb stehen den Versicherten gegenüber dem Status quo bereits erweiterte Wahlmöglichkeiten zur Verfügung, um ihre individuellen Präferenzen auszudrücken. Erstens können die Versicherten zwischen verschiedenen Versorgungsangeboten bei der Kasse wählen, in der sie versichert sind. Sind die Versicherten mit diesen Versorgungsangeboten unzufrieden oder haben sie bei einer anderen Kasse noch attraktivere Angebote entdeckt, können sie zweitens die Krankenkasse wechseln. Damit werden die Wahlmöglichkeiten der Versicherten im Vergleich zur derzeitigen Situation um eine zusätzliche Dimension erweitert. Der Vorteil einer zusätzlichen Erweiterung der Wahlfreiheit im Hinblick auf unterschiedlich umfangreiche Leistungspakete rechtfertigt weder die damit verbundenen Nachteile, noch wirkt eine solche Erweiterung direkt auf die Verbesserung von Wirtschaftlichkeit und Qualität in der gesundheitlichen Versorgung.

3.2.1.2 Verbesserung des Verfahrens zur Definition des Leistungskatalogs

Im Koalitionsvertrag der die Bundesregierung tragenden Parteien vom 16. Oktober 2002 heißt es:

„Um einen dynamischen Prozess der Fortentwicklung der medizinisch-pflegerischen Standards und der Einbeziehung neuer Erkenntnisse zu gewährleisten, werden wir das „Deutsche Zentrum für Qualität in der Medizin“ einrichten. Durch die Arbeit unabhängiger Sachverständiger werden die zügige Erstellung von Behandlungsleitlinien und die Fortschreibung des Leistungskataloges unter gleichberechtigter Einbeziehung komplementärer Therapierichtungen ebenso gewährleistet, wie eine Kosten-Nutzen-Bewertung neuer Arzneimittel. Alle Verfahren werden transparent ausgelegt und eine Beteiligung der Patientinnen und Patienten vorgesehen. (Koalitionsvertrag, S.55)“

² Vgl. dazu die (nicht einheitlich beurteilten) Erfahrungen in der Schweiz bei Schellhorn (2002) und Werblow (2002).

Die im Koalitionsvertrag aufgezeigte Perspektive zur Konkretisierung des einheitlichen Leistungskatalogs zeigt in die richtige Richtung, ist aber im Hinblick auf die derzeitigen Defizite bei der Definition des Leistungskatalogs und die Anforderungen im Vertragswettbewerb unvollständig. Folgende Änderungen bei den Verfahren und Kriterien zur Konkretisierung des Leistungsanspruchs der Versicherten sind daher notwendig:

Erstens ist insbesondere im Hinblick auf sektorübergreifende Versorgungsformen sicherzustellen, dass in allen Leistungssektoren einheitliche Verfahren und Kriterien zur Definition des Leistungskatalogs verwandt werden. Derzeit gilt im stationären Sektor der Grundsatz, dass Leistungen erst nach negativer Bewertung von der Finanzierung durch die GKV ausgeschlossen werden. Im ambulanten Sektor dagegen wird eine neue Leistung überhaupt erst nach positiver Bewertung in den Leistungskatalog aufgenommen. Sektorübergreifende Versorgungsformen sind nur schwer vorstellbar, wenn eine Leistung im ambulanten Bereich erbracht werden darf, im stationären aber nicht – oder umgekehrt. Zwar kann es im Hinblick auf die Optimierung von Versorgungspfaden durchaus sinnvoll sein, bestimmte Leistungen nur ambulant oder nur stationär anzubieten, doch sind institutionelle Barrieren zwischen den Sektoren zu vermeiden. Nahe liegend ist es, den derzeit im ambulanten Sektor geltenden Grundsatz – Aufnahme der Leistung nur nach positiver Bewertung – auf die gesamte Versorgung auszuweiten.

Zweitens ist – auch durch eine angemessene Ausstattung mit Ressourcen – für die sektorübergreifend einheitliche Bewertung von Innovationen sowie bereits bestehender Leistungen sicherzustellen, dass die erforderlichen Entscheidungen möglichst zeitnah gemäß der Entwicklung des Standes der Wissenschaft getroffen werden. Hierdurch werden – positiv – den Versicherten die entsprechenden Leistungen möglichst zügig zur Verfügung gestellt und – negativ – veraltete und/oder nicht mehr wirtschaftliche Leistungen aus dem Katalog entfernt. Die Durchforstung des bestehenden Leistungskatalogs steht im Übrigen noch weitestgehend aus.

Drittens sind die bestehenden Institutionen der gemeinsamen Selbstverwaltung für die Definition des Leistungskatalogs im Vertragswettbewerb aus mehreren Gründen veränderungsbedürftig. Das verengte Spektrum der Beteiligten birgt die Gefahr, dass spezifische Interessen einen unangemessenen Einfluss bekommen können. Damit verbunden ist das – von manchen sogar als Verfassungsproblem gesehene – Legitimationsdefizit der gemeinsamen Selbstverwaltung im Verhältnis zu Außenstehenden, aber wohl auch im Verhältnis zu den nur sehr

mittelbar repräsentierten Hauptbetroffenen, den Versicherten.³ Die Bewertung von Leistungen muss ohne Zweifel weiterhin durch Fachleute und möglichst selbstverwaltungsnah erfolgen. Die Entscheidung über Ein- bzw. Ausschluss von Leistungen auf der Grundlage der vorliegenden Bewertungen sollte allerdings deutlich besser legitimiert sein, als dies derzeit der Fall ist. Dies schließt nicht aus, dass für die Vorbereitung der Entscheidungen etwa das im Koalitionsvertrag geplante und mit ausreichenden Ressourcen ausgestattete „Deutsche Zentrum für Qualität in der Medizin“ zuständig sein könnte; aber auch die Ärztliche Zentralstelle für Qualitätssicherung oder andere Institutionen könnten Zuarbeiten für die Vorbereitung der Entscheidungen leisten. Andererseits ist aber auch ein Modell vorstellbar, wonach die für die Entscheidung zuständige Stelle mit einem angemessenen Unterbau ausgestattet wird und sich spezifischen Sachverstand durch Aufträge an geeignete Institutionen verschafft.

Für die Entscheidungen selbst sind zwei Alternativen denkbar. Erstens könnte das Gesundheitsministerium selbst die Entscheidungen unter Berücksichtigung der Vorarbeiten im Wege der Rechtsverordnung treffen. Die Entscheidungen hätten eine hohe Legitimität, da die Regierung gewählt ist. Es ist allerdings zweifelhaft, ob die politisch geleitete Ministerialbürokratie wirklich die geeignete Institution wäre, schnell und in der Abwägung von Kosten und Nutzen alternativer Therapie- und Diagnoseangebote gegebenenfalls auch unpopulär den jeweiligen Stand bedarfsgerechter Versorgung festzulegen.

Vorzuziehen ist darum eine Lösung, die dem jetzigen Selbstverwaltungssystem entspricht, aber seine Legitimationsprobleme vermeidet: Ein neu zu schaffender „Regulierungsausschuss GKV“, der Bundesausschüsse, Ausschuss Krankenhaus und Koordinierungsausschuss ersetzt, könnte im Rahmen hinreichend bestimmter gesetzlicher Vorgaben – selbst in seiner Zusammensetzung mit Fachkompetenz ausgestattet – aufgrund fachlich vorbereiteter Grundlagen die Entscheidungen treffen, die den geeigneten Rahmen für den Wettbewerb der Kassen und Leistungserbringer setzen.

Dieses Gremium sollte so beschaffen sein, dass die aktuelle (auch verfassungsrechtliche) Kritik aufgenommen wird, die sich – insbesondere bezogen auf den Bundesausschuss – gegen die personelle demokratische Legitimation und damit auch gegen dessen Regulierungskompetenz gegenüber anderen als Kassen und Vertragsärzten richtet. Es geht darum, in einer gewissen Distanz zur staatlichen Exekutive die gegebene interessenpluralistische Struktur der Akteure und Betroffenen des Gesundheitswesens so zu nutzen, dass Expertentum weiterhin zum Tra-

³ Siehe aus jüngerer Zeit mit weiteren Nachweisen Hänlein (2001).

gen kommt, alle relevanten Belange zur Sprache kommen und die beteiligten Interessen so ausbalanciert werden, dass eine Gemeinwohlorientierung wahrscheinlich ist.

Ein hierfür geeignetes Modell könnten die staatsfernen, aber doch dem Staat zuzurechnenden Gremien des Rundfunkrechts (Rundfunkräte, Landesmedienanstalten)⁴ sein. Der Regulierungsausschuss GKV könnte auf gesetzlicher, Auswahlspielräume gering haltender Grundlage gebildet werden. Seine Mitglieder könnten vom Bundespräsidenten auf Vorschlag von Bundesregierung und Bundesrat berufen werden, wobei diese Verfassungsorgane wiederum zur Berücksichtigung von Vorschlägen im Gesetz zu benennender Verbände und Institutionen verpflichtet sein könnten. In einem solchen Gremium könnte auch das Interesse der Versicherten als Patienten durch Einbeziehung von Vorschlägen entsprechender Organisationen berücksichtigt werden. Es müsste durch entsprechende gesetzliche Vorgaben sichergestellt sein, dass neben die interessenpluralistisch-partizipatorische Legitimation durch die vorschlagsberechtigten Institutionen auch eine durch Ausbildung und Berufsstellung belegte fachliche Legitimation tritt. Mit der dadurch gegebenen Verknüpfung von fachlicher, partizipatorischer und – vermittelt durch die Ernennung – demokratischer und zugleich föderaler Legitimation wären alle gegen den heutigen Bundesausschuss erhobenen Einwände ausgeräumt. Der Regulierungsausschuss wäre bei angemessener Zusammensetzung jedenfalls legitimiert, untergesetzliche und im Rang unter den Rechtsverordnungen des Bundes stehende Rechtsvorschriften für die GKV-Versorgung und -Leistungserbringung zu erlassen.

3.2.1.3 Wahl der Versorgungsmodelle durch die Versicherten

Während der Umfang des Leistungskatalogs einheitlich sein muss, gilt dies nicht für die Art der Leistungserbringung. Im Gegenteil: Unterschiedliche Versorgungsmodelle stehen im Zentrum des Vertrags- und damit des künftigen Kassenwettbewerbs. Durch die mit den Leistungserbringern abzuschließenden Verträge entscheiden die Kassen darüber, auf welche Art und Weise sie ihren Versicherten die einheitlich definierten Leistungen zugänglich machen. Welche Art von Verträgen die Kassen abschließen, ist die zentrale strategische Entscheidung jeder einzelnen Krankenkasse. Der wettbewerbliche Such- und Entdeckungsprozesses setzt die Kreativität von innovativen Leistungsanbietern und experimentierfreudigen Kassenmanagern frei. Es ist daher davon auszugehen, dass den Versicherten im Vertragswettbewerb eine größere Bandbreite unterschiedlicher Versorgungsformen (z.B. Hausarztmodelle, integrierte Versorgung usw.) zur Verfügung stehen wird. Kleinere Krankenkassen können ihren Versi-

⁴ Dazu etwa Wagner (1990) und Möller (2001).

cherten möglicherweise nur ein Versorgungsmodell anbieten, während größere Kassen ihren Versicherten die Wahl zwischen unterschiedlichen Versorgungsvarianten einräumen können. Durch Transparenzvorgaben ist sicherzustellen, dass den Versicherten eine an Preis und Qualität der Angebote orientierte Auswahl von Leistungserbringern (insbesondere Ärzten, aber auch sonstigen Bereichen und Kombinationen der Versorgung) erleichtert wird.

Dabei ist es dem System des Vertragswettbewerbs grundsätzlich immanent, dass die Wahl der individuellen Leistungserbringer und der Angebotsformen seitens der Versicherten auf diejenigen Leistungserbringer beschränkt ist, mit denen ihre Krankenkasse Verträge abgeschlossen hat. Die Versicherten steuern daher in doppelter Weise die Leistungserbringer: über ihre Kassenwahl und über ihre Auswahl unter den vertraglich gebundenen Leistungserbringern. Gegenüber dem heutigen System verbessern sich daher die Chancen dass die Wahlfreiheit zwischen Leistungserbringern zur Verbesserung von Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung beitragen.

Um die Realisierungschancen des Vertragswettbewerbs zu erhöhen, könnten alle Krankenkassen dazu verpflichtet werden, ein Versorgungsmodell mit unbeschränkter Auswahl von Leistungserbringern anzubieten. Dies hätte den Vorteil, dass Versicherte auch innerhalb der eigenen Krankenkasse auf jeden Fall weiterhin eine nicht durch die kassenindividuelle Vertragssituation beschränkte Zahl von Leistungsanbietern in Anspruch nehmen könnten. Im Gegenzug müssten die Versicherten für diese Form der Wahlfreiheit in der Regel höhere Preise in Form höherer Beitragssätze und/oder höherer Zuzahlungen bezahlen.

Der Nachteil einer solchen Regelung bestünde – unter dem Aspekt eines möglichst freien Kassenwettbewerbs – jedoch darin, dass der Gesetzgeber mit einer solchen Vorschrift die Art und Weise des Kassenangebots zumindest teilweise vorschreiben würde.⁵ Der wettbewerbliche Such- und Entdeckungsprozess nach Versorgungsmodellen mit möglichst hoher Qualität und Wirtschaftlichkeit würde durch eine solche Reglementierung behindert. Eine den Kassen eingeräumte Option für ein solches Angebot wäre im Vertragswettbewerb dagegen nicht systemwidrig. Allerdings dürfte im System des Vertragswettbewerbs, in dem die vielfältigen übergeordneten kollektiven Regulierungen fehlen, ein derartiges Versorgungsmodell nur sehr schwierig als Sachleistungsmodell zu organisieren sein, weil es sich der Steuerung durch Einzelverträge weithin entzieht. Praktikabel dürfte hingegen für den unbeschränkten Zugang zu allen Leistungserbringern ein Kostenerstattungsmodell für den verbindlich festgelegten Lei-

⁵ Dieses Argument gilt im Übrigen auch, wenn der Gesetzgeber die Krankenkassen z.B. zum Angebot eines Hausarzttarifes verpflichten würde.

stungskatalog sein. Dieses Modell wäre aufgrund des höheren Verwaltungsaufwands und der vermutlich höheren Entgelte für Leistungserbringer mit entsprechend höher kalkulierten Beiträgen oder Zuzahlungen verbunden. Wenn eine nennenswerte Nachfrage der Versicherten nach Modellen mit unbeschränkter Auswahl von Leistungsanbietern besteht, werden diese auch im Vertragswettbewerb von Kassen angeboten, die dadurch zusätzliche Mitglieder gewinnen wollen.

Im Übrigen ist den Versicherten im Vertragswettbewerb ein außerordentliches Kündigungsrecht nicht nur dann einzuräumen, wenn eine Krankenkasse ihren Beitragssatz erhöht. Versicherte sollten vielmehr auch dann über ein unmittelbare Wechselrecht verfügen, wenn das für sie relevante Versorgungsmodell eingestellt oder substantiell verändert wird. Eine Gefährdung der Kontinuität einer wirtschaftlichen und qualitativ hochwertigen Versorgung der Patienten ist im Zuge von Einstellungen oder substantiellen Veränderungen von Versorgungsmodellen allerdings nicht zu befürchten, weil Verträge mit Leistungserbringern von den Kassen nur dann gelöst werden, wenn die Angebote nicht mehr den einschlägigen Qualitätskriterien entsprechen oder keine nennenswerte Nachfrage seitens der Versicherten mehr besteht.

3.2.2 Überwindung sektorspezifischer Regelungen

Da die sektorale Segmentierung einen wesentlichen Grund für die bestehenden Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitsprobleme im deutschen Gesundheitswesen darstellt, wird die Überwindung der Sektorengrenzen eine wichtige Rolle im Vertragswettbewerb spielen: Die Krankenkassen werden Verträge mit solchen Leistungserbringern oder Gruppen von Leistungserbringern schließen wollen, die die sektorale Segmentierung der Versorgung überwinden helfen. Insbesondere werden solche Leistungserbringer als Vertragspartner für die Krankenkassen attraktiv sein, die von sich aus integrierte Versorgungsmodelle anbieten. Damit können zum einen durch engere Abstimmung zwischen sektoralen Leistungserbringern dysfunktionale Kostenverschiebungen und –duplikationen infolge von Parallelstrukturen und Doppeluntersuchungen und –behandlungen sowie Schnittstellenprobleme im Hinblick auf ein patientenorientiertes Behandlungskontinuum deutlich vermindert werden. Darüber hinaus können sich zum anderen aber auch ganz neue betriebswirtschaftliche Formen von sektorübergreifenden Leistungserbringern herausbilden, die die Dienstleistung der integrierten Versorgung im Wege neuer sektorübergreifender Produktionsstrukturen und –konzepte erstellen. Dabei wird neben einer neuen Kombination bekannter Leistungen auch der Einsatz neuer Leistungskomponenten, insbesondere im Bereich der Informationstechnologien und des Fallmanagements, eine wich-

tige Rolle spielen und die Gesamtproduktivität der integrierten Versorgungsleistungen gegenüber der Summe der sektoralen (Teil-)Leistungen deutlich erhöhen können.

Neben anderen Schwächen – etwa versteckter Rationierung – ist die derzeit vorherrschende sektorspezifische Budgetierung mit einem ausgebauten System von Vertragswettbewerb, in dem innovative und sektorübergreifende Versorgungsformen entwickelt sind, nur schwer zu vereinbaren. Die Entwicklung sektorübergreifender Versorgungsformen im Rahmen wettbewerblicher Such- und Entdeckungsverfahren kann perspektivisch nur gelingen, wenn die Krankenkassen im Rahmen der von ihnen abzuschließenden Verträge die Möglichkeit haben, die ihnen zur Verfügung stehenden Ressourcen sektorübergreifend einzusetzen. Dadurch können sie diese Ressourcen in diejenigen Versorgungsformen lenken, die ein möglichst hohes Maß an Qualität und Wirtschaftlichkeit aufweisen – unabhängig davon, ob diese Versorgungsformen im formalen Sinne ambulante, stationäre oder teils ambulante/teils stationäre Einrichtungen sind. Auf dem Weg zur hier beschriebenen mittelfristigen Reformperspektive Vertragswettbewerb werden in der Übergangszeit im ambulanten Bereich Regelungen hinsichtlich kollektiver Verträge zur Gesamtvergütung, die die Krankenkassenseite mit KVen schließt, und selektive Verträge mit einzelnen Leistungsanbietern nebeneinander stehen. Auch im stationären Bereich werden im Übergangszeitraum die Regelungen zur Vergütung von Krankenhausleistungen nach dem Krankenhausentgeltgesetz gelten, so dass bis zur Realisierung des Endszenarios insoweit die Vereinbarung „sektoraler Budgets“ (mit entsprechenden Bereinigungen) dennoch weiterhin notwendig bleiben wird. (vgl. Abschnitt 4).

Die mittelfristige Reformperspektive Vertragswettbewerb zeichnet sich dadurch aus, dass die Krankenkassen insbesondere durch die Möglichkeit zu selektiven Vertragsabschlüssen deutlich mehr Instrumente zur Beeinflussung von Preis, Menge und Qualität der von ihren Versicherten in Anspruch genommenen Versorgungsleistungen haben werden als in der oben beschriebenen Ausgangssituation. Gleichzeitig konkurrieren die Kassen mit einem möglichst attraktiven Verhältnis von Preis (Beitragssatz) und Leistung (Qualität der Versorgung) um Versicherte und haben damit ein hohes Interesse daran, sowohl durch günstige Beitragssätze als auch mit einer qualitativ hochwertigen Versorgung Versicherte gewinnen zu können. In dieser Konstellation bestehen gute Chancen, dass das Prinzip der Beitragssatzstabilität nicht nur im Gesetzestext, sondern auch in der Versorgungswirklichkeit nachhaltig realisiert werden kann.

Für ein System des Vertragswettbewerbs sind darüber hinaus einheitliche Rahmenbedingungen für ambulante und stationäre Einrichtungen im Hinblick auf die Finanzierung von Inve-

stitutionskosten notwendig. Derzeit finanzieren ambulante Anbieter ihre Investitionskosten aus den mit den Krankenkassen vertraglich vereinbarten Vergütungen, während stationäre Anbieter dies in aller Regel nicht tun, weil sie hierfür auf Investitionsmittel der Länder zurückgreifen. Zur Schaffung einheitlicher Rahmenbedingungen im Vertragswettbewerb ist grundsätzlich sicherzustellen, dass auch stationäre Anbieter sowohl laufende Kosten als auch Investitionskosten durch die mit den Krankenkassen vereinbarten Vergütungen zu finanzieren haben. Damit haben die Krankenkassen die Verantwortung dafür, dass ihre Versicherten in ausreichendem Ausmaß stationär versorgt werden.

Ähnlich wie die sektorspezifischen Budgets werden in einem vollständigen Vertragswettbewerb sektorspezifische Vergütungssysteme nur noch insoweit Bestand haben, wie sie sich im Rahmen des wettbewerblichen Such- und Entdeckungsverfahrens als gegenüber insbesondere sektorübergreifenden Modellen leistungsfähig erweisen.

3.2.3 Anwendung des Wettbewerbs- und Vergaberechts

Im derzeitigen System der GKV-Versorgung – am deutlichsten bei der vertragsärztlichen und der Krankenhausversorgung, aber regelmäßig auch bei den anderen Versorgungsbereichen – beruht die Teilnahme von Leistungserbringern auf Zulassungsakten, welche einen Status verleihen. Inhaber dieses Status sind ohne weiteres zur Versorgung aller GKV-Versicherten in ihrem Bereich berechtigt und konkurrieren insofern nicht um die Nachfrage der Kassen, sondern nur um diejenige der Versicherten.

Dies wird sich im System des Vertragswettbewerbs ändern. Die Kassen werden zur Verbesserung ihrer Preisverhandlungspositionen – bei Wahrung der Entscheidungsfreiheit der Versicherten – durch spezifische Angebote (z.B. Bonusregelungen) dafür sorgen müssen, dass sie ihren Vertragspartnern die vollständige oder sektoral begrenzte Versorgung einer gewissen Anzahl von Versicherten zumindest in Aussicht stellen können. Diese Versicherten, die sich durch eigene Entscheidung für eine gewisse Zeit an bestimmte Versorger gebunden haben, fallen insoweit als Nachfrager im Direktverhältnis zu den Leistungserbringern aus.

Folglich entsteht ein neues Wettbewerbssystem: Wettbewerb der Leistungserbringer um Verträge mit Kassen⁶ und Wettbewerb der Kassen um attraktive Leistungserbringer. Hierfür bedarf es einer Wettbewerbsordnung, für deren Grundstrukturen die Einsicht hilfreich ist, dass es im Vertragswettbewerb nicht mehr um statusbegründende Zulassung geht, sondern um die

vertragliche Vergabe von Dienstleistungsaufträgen. Daraus ergeben sich wie in vergleichbaren Wettbewerbskonstellationen die entsprechenden Bindungen der Beteiligten.

Für die Leistungserbringer haben die üblichen Bindungen von Marktteilnehmern zu gelten, nämlich solche Bindungen, wie sie für einen lautereren Wettbewerb im UWG (Gesetz gegen unlauteren Wettbewerb) normiert sind und zur Unterbindung wettbewerbsverhindernder Vereinbarungen und sonstiger Maßnahmen im Kartellrecht (GWB, Gesetz gegen Wettbewerbsbeschränkungen) geregelt sind. Für die Kassen als Auftraggeber müssen – neben der allgemeinen Bindung von Hoheitsträgern an das Gleichheitsgrundrecht des Art. 3 Abs. 1 GG – die Vorschriften gelten, die eine faire, allein an legitimen Auswahlkriterien orientierte Vergabe sicherstellen (Neumann 2002). Sie sind innerstaatlich im Vierten Teil (§§ 97 ff.) des GWB und gemeinschaftsrechtlich in Richtlinien (einschlägig insbes. die Dienstleistungsrichtlinie [92/50/EWG]) geregelt (dazu 3.2.3.1 und 3.2.3.2). Zugleich sind die Kassen jedenfalls gemeinschaftsrechtlich als Unternehmen an das Wettbewerbsrecht gebunden, welches ihnen neben dem Verbot des Missbrauchs (auch regional) marktbeherrschender Stellungen insbesondere in gleicher Weise wie den Leistungserbringern die Bildung von Kartellen und ähnlich wirkende Verhaltensweisen grundsätzlich verbietet (dazu 3.2.3.3).

Für den Bundesgesetzgeber stellen sich im Zusammenhang mit dem Vertragswettbewerb die Fragen nach der öffentlich-rechtlichen oder privatrechtlichen Ausgestaltung der Verträge, nach der Modifikation des Vergaberechts und nach der Anwendung des Wettbewerbsrechts.

3.2.3.1 Öffentlich-rechtliche oder privatrechtliche Ausgestaltung der Verträge

Nach geltendem Recht gehören die Verträge der Krankenkassen zu dem von § 69 SGB V erfassten Bereich, werden also „abschließend“⁷ vom dort erwähnten Recht geregelt und sind – das ist durch Auslegung nach Sinn und Zweck dem § 69 SGB V zu entnehmen – als öffentlich-rechtlich zu qualifizieren (Bill 2000). Daraus folgt, dass bei Beibehaltung dieser Zuordnung auch im Vertragswettbewerb das nationale Wettbewerbsrecht (GWB und UWG) jedenfalls nicht unmittelbar anwendbar ist.⁸ Das gilt wegen des abschließenden Charakters der in

⁶ Insoweit die Angebote der Krankenkassen an ihre Versicherten eine Auswahl zwischen den vertraglich gebundenen Leistungserbringern einschließt, konkurrieren diese auch weiterhin um Versicherte.

⁷ Zu hier nicht interessierenden Ausnahmen von diesem „abschließend“ siehe Pabst (2002).

⁸ Siehe auch BSG v. 25.9.2001, BSGE 89, 24 m. Anm. von Nofitz (2002) und Peikert/Kroel (2001).

§ 69 SGB V genannten Vorschriften auch insoweit, als Verträge im Vertragswettbewerb materiell Auftragsvergabe darstellen.⁹

Dies ist der Sache nach im Vertragswettbewerb unangemessen. Im Übrigen hängt die Anwendbarkeit des europäischen Gemeinschaftsrechts ohnehin nicht von der Qualifikation der Verträge im Vertragswettbewerb als öffentlich-rechtlich oder privatrechtlich oder von der „abschließenden“ Bestimmung des anwendbaren Rechts durch den nationalen Gesetzgeber ab. Soweit Verträge in der Sache öffentliche Aufträge im Sinne der einschlägigen Richtlinien sind, bedeutete die Nichtanwendbarkeit des Vergaberechts im GWB sowie des hierauf beruhenden untergesetzlichen Rechts sogar einen Verstoß gegen die gemeinschaftsrechtliche Pflicht zur Umsetzung der einschlägigen Richtlinien, sofern der typischerweise geltende Schwellenwert von 200.000 € pro Dienstleistungsauftrag¹⁰ überschritten ist.¹¹

Ob Verträge im Vertragswettbewerb der Sache nach öffentliche Aufträge (Definition in § 99 Abs. 1 GWB) sind, hängt von der Ausgestaltung ab. Solange es sich nur um eine neue Form der Beteiligung an der Versorgung der Versicherten handelte, bei welcher die konkrete Leistungserbringung allein von der Auswahlentscheidung der Versicherten abhinge, wären die Verträge nicht anderes als Formen der Zulassung zur GKV-Versorgung überhaupt. Solche Verträge lassen sich vergaberechtlich als Dienstleistungskonzessionen, nämlich als Berechtigungen zur Erbringung von einzelnen entgeltlichen Dienstleistungen einordnen und wären keine öffentlichen Aufträge.¹² Wenn hingegen ein Vertrag über die Erbringung bestimmter Arten von GKV-Versorgung für eine bestimmte Anzahl von Versicherten gegen eine, gegebenenfalls durch morbiditäts- und qualitätsabhängige Kriterien modifizierte, Kopfpauschale geschlossen wird, liegt inhaltlich ein öffentlicher Dienstleistungsauftrag vor. Es ist davon auszugehen, dass die meisten Verträge mit Leistungserbringern, insbesondere solche über verschiedene Leistungssektoren integrierende Versorgung, dem gemeinschaftsrechtlichen Vergaberecht zu unterwerfen sind.

Gesetzlich könnte die Situation am einfachsten dadurch angemessen geregelt und zugleich gemeinschaftsrechtlich unangreifbar gemacht werden, dass eine analoge Anwendung von §§ 97 ff. GWB für den Fall angeordnet wird, dass ein Vertrag im Vertragswettbewerb die

⁹ Und zwar unabhängig davon, ob die §§ 97 ff. GWB im übrigen auch auf öffentlich-rechtliche Verträge anwendbar sind, sofern sie die Kriterien des (entgeltlichen) öffentlichen Auftrags erfüllen; vgl. hierzu Noch (2002).

¹⁰ Art. 7 Abs. 1 Dienstleistungsrichtlinie RL 92/50/EWG; vgl. auch § 2 Nr. 3 Vergabeverordnung.

¹¹ Zur ohnehin nur zögerlichen Einhaltung der entsprechenden Pflichten der Bundesrepublik siehe Bechtold (2002), vor § 97, Rz. 10 ff.

¹² Dazu mit weitem Nachweisen Bechtold (2002), § 99 Rz. 8.

Kriterien des öffentlichen Auftrags erfüllt – wovon im Regelfall auszugehen ist. Welche Konsequenzen sich typischerweise hieraus für die Kassen ergeben, wird unter 3.2.3.2 behandelt.

3.2.3.2 Anwendbarkeit und Modifikationen des Vergaberechts

Wenn Vergaberecht anwendbar ist, gelten auch die Kriterien für die verschiedenen Vergabearten. Diejenigen Dienstleistungen, um die es im Vertragswettbewerb geht, unterfallen gemeinschaftsrechtlich Art. 9 der Dienstleistungsrichtlinie (RL 92/50/EWG). Sie unterfallen als Leistungen im Gesundheitswesen nämlich dem Anhang Ib der Richtlinie. Folglich gelten für sie gemäß Art. 9 lediglich die Art. 14 und 16 der Richtlinie. Von diesen handelt Art. 14 von in den Vertragsunterlagen zu verwendenden technischen Spezifikationen, was hier kaum relevant ist, aber im Laufe der Standardisierung von Typen von Versorgungsverträgen einschlägig werden könnte. Art. 16 regelt die nachträgliche Bekanntgabe über erteilte Aufträge. Insofern sind gemeinschaftsrechtlich die hier in Betracht kommenden Versorgungsverträge kaum vergaberechtlichen Anforderungen unterworfen. Innerstaatlich wären bei Anwendbarkeit von Vergaberecht die §§ 97 ff GWB und die Vergabeverordnung (VgV) einschlägig. Nach § 5 VgV richten sich die Versorgungsverträge über Krankenbehandlung nach der Verdingungsordnung für freiberufliche Dienstleistungen (VOF), sofern es sich nicht um Aufträge handelt, die vorab eindeutig und erschöpfend beschrieben werden können. Letzteres dürfte bei einigermaßen komplexen Versorgungsverträgen nie der Fall sein. Nach der jetzt geltenden VOF vom 26.09.2002 richten sich wieder die einschlägigen Vorschriften nach der Art der Auftragstätigkeit. Für Aufträge im Gesundheitswesen gelten nach § 2 Abs. 1 in Verbindung mit Anhang I B Nr. 25 VOF lediglich § 8 Abs. 2 und § 17 VOF. § 8 Abs. 2 bezieht sich wieder auf technische Anforderungen, welche mit Bezug auf europäische Spezifikationen festzulegen sind. § 17 betrifft Bekanntgabepflichten, wobei nach deutschem Recht abgelehnte Bewerber einen Anspruch auf Information hierüber, über die Gründe und über den Namen des erfolgreichen Bewerbers haben. Diese Ausführungen zeigen, dass die hier angesprochenen Versorgungsverträge kaum anderen Vorschriften unterliegen als denjenigen zu gerechter, allein an Preis und Qualitätskriterien ausgerichteter Auswahlentscheidung¹³ sowie nachträglicher Publizität der Vergabe und der Auswahlkriterien. Insbesondere kann die Vergabe durch gezielte Aufforderung oder gar im Wege der Verhandlung mit einem einzigen Anbieter erfolgen (Noch 2002). Dies bedeutet, dass Ausschreibungen grundsätzlich so lange nicht geboten sind,

¹³ Auf das Thema der Zulässigkeit sogenannter vergabefremder Kriterien wie etwa der Einhaltung von Umweltstandards oder sonstiger vom Auftraggeber für wünschenswert gehaltener Nebeneffekte wird hier nicht eingegangen; dazu Heintzen (2001).

wie nicht standardisierte, in allen relevanten Aspekten von vornherein beschreibbare Leistungspakete vereinbart werden sollen. Dann würde nämlich nicht nach § 5 VgV die VOF gelten, sondern wie bei sonstigen Dienstleistungsaufträgen nach § 4 VgV der 2. Abschnitt des Teiles A Verdingungsordnung für Leistungen (VOL/A) in der Fassung der Bekanntmachung von 17.09.2002. Hiernach sind die Anforderungen strenger. Insbesondere hat dann typischerweise eine Ausschreibung stattzufinden. Verwiesen wird auf § 3 von VOL/A Teil 2.¹⁴

Auch für die Zukunft ist nicht zu erwarten, dass gemeinschaftsrechtlich für den GKV-Vertragswettbewerb über die jetzigen Erfordernisse hinausgehende oder gar unangemessene Vorgaben gemacht werden.¹⁵

¹⁴ § 3 Arten der Vergabe:

1. (1) Bei Öffentlicher Ausschreibung werden Leistungen im vorgeschriebenen Verfahren nach öffentlicher Aufforderung einer unbeschränkten Zahl von Unternehmen zur Einreichung von Angeboten vergeben.
- (2) Bei Beschränkter Ausschreibung werden Leistungen im vorgeschriebenen Verfahren nach Aufforderung einer beschränkten Zahl von Unternehmen zur Einreichung von Angeboten vergeben.
- (3) Bei Freihändiger Vergabe werden Leistungen ohne ein förmliches Verfahren vergeben.
- (4) Soweit es zweckmäßig ist, soll der Beschränkten Ausschreibung und der Freihändigen Vergabe eine öffentliche Aufforderung vorangehen, sich um Teilnahme zu bewerben (Beschränkte Ausschreibung mit Öffentlichem Teilnahmewettbewerb bzw. Freihändige Vergabe mit Öffentlichem Teilnahmewettbewerb).
2. Öffentliche Ausschreibung muss stattfinden, soweit nicht die Natur des Geschäfts oder besondere Umstände eine Ausnahme rechtfertigen.
3. Beschränkte Ausschreibung soll nur stattfinden,
 - a) wenn die Leistung nach ihrer Eigenart nur von einem beschränkten Kreis von Unternehmen in geeigneter Weise ausgeführt werden kann, besonders wenn außergewöhnliche Fachkunde oder Leistungsfähigkeit oder Zuverlässigkeit erforderlich ist,
 - b) wenn die Öffentliche Ausschreibung für den Auftraggeber oder die Bewerber einen Aufwand verursachen würde, der zu dem erreichbaren Vorteil oder dem Wert der Leistung im Missverhältnis stehen würde,
 - c) wenn eine Öffentliche Ausschreibung kein wirtschaftliches Ergebnis gehabt hat,
 - d) wenn eine Öffentliche Ausschreibung aus anderen Gründen (z. B. Dringlichkeit, Geheimhaltung) unzweckmäßig ist.
4. Freihändige Vergabe soll nur stattfinden,
 - a) wenn für die Leistung aus besonderen Gründen (z. B. besondere Erfahrungen, Zuverlässigkeit oder Einrichtungen, bestimmte Ausführungsarten) nur *ein* Unternehmen in Betracht kommt,
 - b) wenn im Anschluss an Entwicklungsleistungen Aufträge in angemessenem Umfang und für angemessene Zeit an Unternehmen, die an der Entwicklung beteiligt waren, vergeben werden müssen, es sei denn, dass dadurch die Wettbewerbsbedingungen verschlechtert werden,

.....
¹⁵ Vgl. Rat der Europäischen Union (2002)

Artikel 21: Aufträge über Dienstleistungen gemäß Anhang II Teil B

Aufträge über Dienstleistungen gemäß Anhang II Teil B unterliegen nur Art. 24 und Art. 34 Abs. 3.

Artikel 24: Technische Spezifikationen

[Betrifft Anforderungen an Auftragsunterlagen, die hier kaum interessieren]

Artikel 34: Bekanntmachungen.....

(3) Ein Auftraggeber, der einen öffentlichen Auftrag vergeben oder eine Rahmenvereinbarung geschlossen hat, sendet spätestens 48 Tage nach der Vergabe des Auftrags beziehungsweise nach Abschluss der Rahmenvereinbarung eine Bekanntmachung mit den Ergebnissen des Vergabeverfahrens ab.

Die Anforderungen des Vergaberechts dürften für die Versorgungsverträge insgesamt so „milde“ sein, dass u.U. der für die gewünschte Ausschöpfung von Wirtschaftlichkeitsreserven erforderliche Wettbewerbsdruck nicht hinreichend ist. In dem Maße, in dem im Zuge gemachter Erfahrungen und der Weiterentwicklung des Vertragswettbewerbs Standardisierungen und genaue, im Vorhinein festlegbare Auftragsinhalte formulierbar sind, ist es angemessen, die Auftragsvergabe auch im Vorhinein transparent zu gestalten - bis hin zu Ausschreibungen. Insofern sollte geprüft werden, ob nicht sogar im System des Vertragswettbewerbs Modifikationen gegenüber dem sonstigen Vergaberecht im Hinblick auf eine Verschärfung der Anforderungen an eine transparente und überprüfbare Vergabe von Versorgungsverträgen vorgenommen werden könnten.

Eine wichtige Konsequenz der Anwendung von Vergaberecht ist die Pflicht zu angemessener Berücksichtigung auch künftig am Markt auftretender Anbieter. Darum ist es geboten, Verträge im Vertragswettbewerb angemessen zeitlich zu begrenzen, wobei hier sicherlich das Erfordernis der Amortisation von Investitionen längere Vertragsdauern als sonst vergabeüblich rechtfertigt.

Nach derzeitiger Rechtslage ohnehin nicht, aber auch wenn ein stärker formalisiertes Vergaberecht für die Vergabe von Versorgungsaufträgen eingeführt würde, gäbe es keinen Kontrahierungszwang mit allen Anbietern, die die Vergabekriterien erfüllen. Vielmehr wären die Kassen wie sonstige öffentliche Auftraggeber auch lediglich zu einer sachgerechten Auswahl unter den Anbietern verpflichtet.¹⁶

Bei Rahmenvereinbarungen im Sinne von Artikel 32 braucht der Auftraggeber für die jeweiligen Einzelaufträge, die aufgrund dieser Vereinbarung vergeben werden, keine Bekanntmachung mit den Ergebnissen des Vergabeverfahrens abzusenden.

Der Auftraggeber verschickt spätestens 48 Tage nach jeder Auftragsvergabe eine Bekanntmachung mit dem Ergebnis der Vergabe der Aufträge, die im Rahmen eines dynamischen Beschaffungssystems vergeben werden. Er kann diese Bekanntmachungen jedoch auf Quartalsbasis zusammenfassen. In diesem Fall versendet er die Zusammenstellung spätestens 48 Tage nach Quartalsende.

Bei öffentlichen Dienstleistungsaufträgen des Anhangs II Teil B gibt der Auftraggeber in seiner Bekanntmachung an, ob er mit der Veröffentlichung einverstanden ist. Für diese Dienstleistungsaufträge legt die Kommission nach dem in Art. 76 Absatz 2 genannten Verfahren die Regeln fest, nach denen auf der Grundlage dieser Bekanntmachungen statistische Berichte zu erstellen und zu veröffentlichen sind.

Bestimmte Angaben über die Auftragsvergabe oder den Abschluss der Rahmenvereinbarungen brauchen jedoch nicht veröffentlicht zu werden, wenn die Offenlegung dieser Angaben den Gesetzesvollzug behindern, dem öffentlichen Interesse zuwiderlaufen, die berechtigten geschäftlichen Interessen öffentlicher oder privater Wirtschaftsteilnehmer schädigen oder den lautereren Wettbewerb zwischen ihnen beeinträchtigen würde.

[Zu den Aufträgen über Dienstleistungen gemäß Anhang II Teil B gehören nach Nr. 25 auch die Aufträge im Gesundheits-, Veterinär- und Sozialwesen.]

¹⁶ Zur Frage, unter welchen Voraussetzungen Wettbewerbsrecht einen Kontrahierungszwang auslösen kann, siehe 3.2.3.2.

3.2.3.3 Anwendung des Wettbewerbsrechts

Auch im Hinblick auf das Wettbewerbsrecht bedarf es bei Beibehaltung des öffentlich-rechtlichen Charakters der Verträge im Vertragswettbewerb und der Exklusivregelung in § 69 SGB V einer spezifischen Norm, die die Anwendbarkeit eröffnet. Wichtig ist in diesem Kontext insbesondere die Anwendbarkeit des „horizontalen Kartellrechts“ der §§ 1 ff. GWB, das wettbewerbsverhindernde Absprachen usw. der Leistungserbringer verbietet, aber auch des „vertikalen Kartellrechts“ des zweiten Abschnitts (§§ 14 ff. GWB) sowie der Vorschriften über marktbeherrschende Unternehmen (dritter Abschnitt: §§ 19 ff.).

Was die Kassen angeht, dürfte jedenfalls für Verträge im Vertragswettbewerb, die in der Sache die Kriterien des öffentlichen Auftrags erfüllen, auch der gemeinschaftsrechtliche Unternehmensbegriff erfüllt sein.¹⁷ Dies hat gemäß dem hier geltenden funktionalen bzw. relativen Unternehmensbegriff keine Konsequenzen für die Frage der Unternehmenseigenschaft in anderen Beziehungen – etwa denjenigen zu den Versicherten oder der PKV im Hinblick auf die GKV-Versicherungspflicht oder mit Blick auf steuerliche Belange.

Die Erfüllung des Unternehmensbegriffs führt dazu, dass das Wettbewerbsrecht der Gemeinschaft grundsätzlich auch auf die Krankenkassen in ihren Beziehungen zu den Leistungserbringern anwendbar ist. Demgemäß gelten Art. 81 EGV (mit dem prinzipiellen Verbot wettbewerbsbeschränkender Vereinbarungen und Verhaltensweisen, sofern dieselben sich negativ auf den Wettbewerb innerhalb des Gemeinsamen Marktes auswirken können) und Art. 82 EGV (mit dem Verbot des Missbrauchs marktbeherrschender Stellungen auf dem Gemeinsamen Markt oder auf einem wesentlichen Teil desselben). Gemeinschaftsrechtlich sind zwar Ausnahmen vom allgemeinen Wettbewerbsrecht für Unternehmen möglich, die mit Dienstleistungen von allgemeinem wirtschaftlichem Interesse betraut sind (Art. 86 Abs. 2 EGV). Jedoch sollten schon im Interesse eines funktionierenden Vertragswettbewerbs solche Ausnahmen (wie etwa die Ermöglichung von Kartellen) generell vermieden werden. Die gemeinschaftsrechtlichen Wettbewerbsvorschriften gelten zwar nur gegenüber Verhaltensweisen mit Relevanz für den Gemeinsamen Markt, was bei regional begrenzten Aktivitäten zweifelhaft sein kann. Jedoch dürfte für einschlägige Verhaltensweisen oder marktbeherrschende Stellungen auf der Nachfragerseite, also bei den Kassen, durchaus in Betracht kommen, dass der Wettbewerb der Anbieter auch grenzüberschreitend berührt werden kann.

¹⁷ Dazu mit Nachweisen Ebsen (2000) und Steinmeyer (2001).

Umgekehrt ist bei regional begrenzten entsprechenden Sachverhalten auf der Anbieterseite – etwa bestimmten regional dominierenden Anbietern bestimmter infrastrukturentwickelnder Diagnose- oder Therapieleistungen oder Krankenhäusern – die Relevanz für den gemeinsamen Markt schon deshalb kaum vorstellbar, weil als Nachfrager für Versorgungsverträge praktisch nur die deutschen Krankenkassen in Betracht kommen; hier mag allenfalls in bestimmten grenznahen Gebieten anderes zutreffen.

Da es für die Schaffung einer einheitlichen effizienz- und innovationsfördernden Wettbewerbsordnung auf derartige Unterschiede nicht ankommen sollte und da andererseits gerade auf regional begrenzten Märkten Gefahren für einen fairen Vertragswettbewerb aus der Stellung dominanter Kassen oder Leistungsanbieter erwachsen dürften, spricht rechtspolitisch alles dafür, durch nationales Recht, etwa durch Anordnung prinzipieller Anwendbarkeit des GWB, einheitliche Bedingungen zu schaffen. Wenn der öffentlich-rechtliche Charakter von Versorgungsverträgen und die Exklusivregelung des § 69 SGB V beibehalten bliebe, bedürfte es besonderer Regelungen, welche zur Anwendbarkeit des Kartellrechts führen. In diesen Bestimmungen könnten dann auch eventuelle verfahrens- und zuständigkeitsmäßige Abweichungen gegenüber dem GWB vorgesehen werden.

Als spezifische Regelung für den Vertragswettbewerb sollte eine Bestimmung vorgesehen werden, wonach Ausschließlichkeitsbindungen, die Leistungserbringer exklusiv an bestimmte Kassen binden, generell verboten sind (also strikter als § 16 GWB).

Neben dem prinzipiellen Kartellverbot sowohl für die Kassen als auch für die Leistungserbringer können sich aus dem Wettbewerbsrecht bei dessen Anwendbarkeit für beide Gruppen insbesondere Bindungen aus dem Verbot des Missbrauchs einer (auch regional) marktbeherrschenden Stellung (§ 19 GWB) und dem Diskriminierungsverbot des § 20 GWB ergeben. Die dort getroffenen Regelungen dürften eine angemessene Missbrauchsabwehr auch im Vertragswettbewerb der GKV ermöglichen. Das Missbrauchsverbot, insbesondere die Verpflichtung auf angemessene, nämlich auch bei funktionierendem Wettbewerb zu erwartende Entgelte und sonstige Geschäftsbedingungen nach § 19 Abs. 4 Nr. 2 und 3 GWB kann ebenso wie das Diskriminierungsverbot des § 20 GWB sowohl Leistungserbringer als auch Kassen treffen. Mit beiden Instrumenten und deren verfahrensmäßiger Umsetzung durch die zuständigen Behörden kann Gefahren begegnet werden, welche sich aus marktbeherrschenden Stellungen ergeben. Die konkreten Standards werden sich erst in der Anwendung der unbestimmten Rechtsbegriffe und der jeweils gebotenen Interessenabwägung ergeben. Erst die

Praxis dürfte zeigen, inwieweit hier spezifische Gesetzesbestimmungen zur Steuerung von Aufsichtsbehörden und Rechtsprechung nötig werden.

Jedenfalls führt selbst eine marktbeherrschende Stellung nur höchst ausnahmsweise zur Pflicht der Aufnahme von Vertragsbeziehungen, also einem Kontrahierungszwang.¹⁸ Aus der Rechtsprechung zu entsprechenden Konstellationen ist ersichtlich, dass ein Kontrahierungszwang nur dann in Betracht kommt, wenn es keine – auch im Lichte der Interessen des betroffenen Anbieters zu würdigenden guten, nicht diskriminierenden – Gründe für die Ablehnung von Vertragsbeziehungen gibt.¹⁹ Da es im System des Vertragswettbewerbs gerade darum geht, einen insgesamt begrenzten Bedarf durch Versorgungsverträge zu decken und da typischerweise das Verhältnis von Preis und Leistung auch davon abhängt, mit welchen Leistungsmengen der einzelne Anbieter rechnen kann, ist es den Kassen als Nachfragern nicht zuzumuten, mit allen Anbietern zu gleichen Konditionen zu kontrahieren. Auch Zwang zur Quotenaufteilung wäre nicht zumutbar, weil dann die Möglichkeit entfielen, über Leistungsmengen zu verhandeln. Vordergründig abweichende Entscheidungen aus der Rechtsprechung betreffen den im Vertragswettbewerb gerade typischerweise nicht mehr einschlägigen Fall, dass es nur um die Zulassung zur Leistungserbringung geht, während die konkrete Auswahl des Leistungserbringers durch die Versicherten erfolgt²⁰ Da der Gesetzgeber die Anwendbarkeit von Wettbewerbsrecht ohnehin positiv regeln müsste, wäre eine gesetzliche Klarstellung

¹⁸ Der bis zum Bundesverfassungsgericht gelangte Fall einer (bejahten) Bezugsverpflichtung eines Pharmagrosisten gegenüber Arzneimittelimporteuren (BGH v. 01.02.1995, Az: KVR 11/94, Wirtschaftsrechtliche Beratung 1995, 969-970; BVerfG – Kammer - v. 09.10.2000, Az: 1 BvR 1627/95, G+G 2001, Nr 4, 42-43; dazu Cornils (2001)) ist ein guter Indikator für die Standards für eine Bejahung von Kontrahierungszwang: Es muss überwiegende, die prinzipielle Vertragsfreiheit als weniger gewichtig erscheinende Gründe für eine Bezugsverpflichtung geben. Solche Gründe könnten niemals dazu führen, dass Kassen verpflichtet würden, Versorgungsverträge über den bestehenden Bedarf hinaus abzuschließen, oder dass (auch marktbeherrschende) Leistungserbringer verpflichtet werden könnten, über ihre gegebene Kapazität hinaus Versorgungsangebote zu machen.

¹⁹ Siehe etwa mit weiteren Nachweisen BGH v. 26.5.1987, Az: KZR 13/85, BGHZ 101, 72

²⁰ Dazu folgendes Zitat aus der gerade genannten Entscheidung des BGH: „Ein Kontrahierungszwang kommt nach der Rechtsprechung des Bundesgerichtshofs auch für die gesetzlichen Krankenkassen als Nachfrager von Heil- und Hilfsmitteln in Betracht; dabei handelt es sich jedoch um Rahmenverträge, in denen der jeweilige Lieferant lediglich zur Belieferung der Versicherten zugelassen wird, ohne dass sich die Krankenkasse zu einer Abnahme verpflichten müsste (vgl. BGHZ 36, 91, 99ff. – Gummistrümpfe; BGH, Urt. v. 12. Mai 1976 - KZR 14/75, GRUR 1976, 600, 601 – Augenoptiker; vgl. auch Gemeinsamer Senat BGHZ 97, 312); dabei werden die Interessen der Krankenkassen in diesen Fällen von dem Recht der Versicherten überlagert, sich grundsätzlich den Lieferanten des jeweiligen Heil- oder Hilfsmittels frei auswählen zu können. Eine Verpflichtung zu einer quotenmäßigen Aufteilung der Beschaffungsaufträge ist auch in solchen Fällen nicht angenommen worden, in denen die öffentliche Hand strengeren Verhaltensanforderungen als ein Privatmann unterstellt worden ist (vgl. BGH, Urt. v. 14. Dezember 1976 - VI ZR 251/73, NJW 1977, 628, 630 – Abschleppunternehmen).“ Siehe auch noch BGH v. 22.3.1994, Az: KZR 9/93, LM GWB § 26 Nr. 80 – orthopädisches Schuhwerk.

sinnvoll, dass kein Kontrahierungszwang, sondern nur eine Pflicht zu sachgerechter diskriminierungsfreier Auswahl besteht.²¹

3.2.4 Ausreichendes Versorgungsangebot

Im System des Vertragswettbewerbs haben die Krankenkassen die Verantwortung dafür, ein ausreichendes Versorgungsangebot für ihre Versicherten zur Verfügung zu stellen. Gleichzeitig haben sie unter den Bedingungen des morbiditätsorientierten RSA auch ein massives Interesse daran, denn andernfalls hätten sie mit Mitgliederverlusten zu rechnen. Die Kassen haben jedoch kein Interesse daran, Überkapazitäten zu finanzieren, denn in diesem Fall müssten sie aufgrund höherer Beitragssätze ebenfalls Mitgliederverluste befürchten. Grundsätzlich ist nicht völlig auszuschließen, dass insbesondere in ländlichen Regionen Versorgungsdefizite auftreten können. Es sollte Aufgabe der Länder sein, derartige Versorgungsdefizite rechtzeitig zu identifizieren und bei Bedarf gezielt zu intervenieren. Damit die Länder diese Aufgabe wahrnehmen können, wird ein bevölkerungsbezogenes Monitoring-System auf der Grundlage bundesweit geltender einheitlicher Indikatoren für drohende bzw. bestehende Versorgungsmängel mit Interventionsmöglichkeiten zur rechtzeitigen Vermeidung bzw. Beseitigung dieser Mängel benötigt. Für ggf. erforderliche Interventionen der Länder sind entsprechende Kompetenzen zu schaffen.

3.2.4.1 Gegenstand von Sicherstellung

Unter den Begriff der Sicherstellung wird vielfach eine Reihe unterschiedlicher Funktionen subsumiert. Im Kern geht es jedoch allein um die Sicherung des Zugangs der Versicherten der GKV (bzw. aller Einwohner) zu allen im Bedarfsfall erforderlichen Versorgungsleistungen innerhalb eines für zumutbar gehaltenen räumlichen und zeitlichen Rahmens. Diese Aufgabe wird gegenwärtig – getrennt für die ambulante ärztliche Versorgung sowie für den Krankenhausbereich – durch Instrumente gebietsbezogener Planung von Angebotskapazitäten wahrgenommen. Auf Basis der vertragsärztlichen Bedarfsplanung bzw. der Krankenhausplanung erfolgt die Zulassung einzelner Leistungsanbieter zur Versorgung. Zugelassene Leistungsan-

²¹ Nur vorsorglich sei darauf hingewiesen, dass ein Kontrahierungszwang im System des Vertragswettbewerbs auch nicht aus dem Grundrecht der Anbieter auf Berufsfreiheit herzuleiten ist, da dieses Grundrecht auch da keine Nachfragegarantie begründet, wo auf der Nachfrageseite allein Hoheitsträger in Betracht kommen. Auch für die vereinzelt vertretene Ansicht, das Grundrecht der Versicherten auf allgemeine Handlungsfreiheit verbiete ein System der Begrenzung auf von Kassen im Wettbewerb untereinander unter Vertrag genommene Leistungserbringer – vgl. etwa Wigge (1996) – gibt es keine Grundlage; im übrigen würde ein System des Vertragswettbewerbs mit der Wahlfreiheit des Versicherten unter verschiedenen „aufgestellten“ Kas-

bieter haben einen Anspruch darauf, Versorgungsleistungen, die für GKV-Versicherte erbracht werden, gegenüber deren jeweiliger Krankenkasse abzurechnen. In der ambulanten ärztlichen Versorgung haben heute die KVen einen spezifischen Sicherstellungsauftrag, für den aber im Vertragswettbewerb die Voraussetzungen entfallen sein werden.

Aufgaben der Sicherung von Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung sind von der Sicherung des Zugangs aller Versicherten zu notwendigen Versorgungsleistungen – dies ist die eigentliche Sicherstellung im technischen Sinne – zu trennen; nur um Letztere geht es hier.

Für die Sicherstellung eines ausreichenden Versorgungsangebots im Vertragswettbewerb sind zwei Fälle zu unterscheiden – erstens der Normalfall (Sicherstellung der Versorgungsansprüche der Versicherten durch Vertragsabschlüsse der Krankenkassen mit Leistungsanbietern) und zweitens der Ausnahmefall (Vermeidung von Versorgungsdefiziten durch regelmäßige Gesundheitsberichterstattung/Monitoring und im Bedarfsfall Intervention durch die Länder).

3.2.4.2 Sicherstellung der ausreichenden Versorgung im Normalfall

Die GKV-Mitglieder entrichten ihre Beiträge an die Krankenkassen und erhalten im Gegenzug für sich und ihre mitversicherten Angehörigen einen vom Umfang her einheitlichen Versorgungsanspruch. Deshalb ist es folgerichtig die Aufgabe der Krankenkassen, diesen Versorgungsanspruch im Bedarfsfall zu erfüllen. Dies geschieht im Regelfall durch entsprechende Vertragsabschlüsse mit Leistungsanbietern.

Wie diese Verträge im Hinblick auf die Art und Weise der Leistungserstellung und –abgabe konkret ausgestaltet sind, kann sich zwischen einzelnen Kassen, aber auch zwischen einzelnen Versorgungsregionen unterscheiden. So sind grundsätzlich die spezifischen Angebotsstrukturen interregional unterschiedlich entwickelt bzw. entwickelbar. In einwohnerstarken Ballungszentren kann eine Vielzahl unterschiedlicher Versorgungsangebote nebeneinander bestehen, unter denen die Versicherten entsprechend ihren Präferenzen wählen können. Entsprechende Präferenz- und daraus folgend Angebotsunterschiede können etwa im Hinblick auf die zeitliche und räumliche Erreichbarkeit (unterhalb der für alle Versicherten zumutbaren Höchstgrenze der Erreichbarkeit) oder auf die individuelle Wählbarkeit unterschiedlicher Leistungsanbieter bestehen. In einwohnerschwachen ländlichen Regionen kann in der Regel,

sen demselben insgesamt wohl nicht weniger Wahlfreiheit eröffnen als ein System mit realistischer Bedarfplanung und darauf gegründeten Zulassungen.

wegen zu kleiner Präferenzgruppen, eine solche Angebotsvielfalt dagegen von vornherein nicht möglich sein – und ist dort auch heute zumeist nicht realisiert.

Ist das Tätigkeitsgebiet einer Krankenkasse auf den Bereich eines oder mehrerer Länder beschränkt, muss sie verpflichtet werden, durch vertragliche Beziehungen mit anderen Kassen in anderen Ländern zwingend sicherzustellen, dass ihre Versicherten bei Notfällen oder etwa im Urlaub im gesamten Bundesgebiet Versorgungsleistungen im Rahmen des Sachleistungsprinzips beanspruchen können. Das dürfte schon aus Wettbewerbsgründen unverzichtbar sein,²² müsste aber auch zur Sicherstellung der Versorgung bei Mobilität der Versicherten verpflichtend vorgegeben werden. Die Abwicklung der gegenseitigen Zahlungsansprüche der Kassen untereinander kann bilateral oder auch alternativ über eine bundesweite Clearingstelle durchgeführt werden.

In der öffentlichen Diskussion wird bisweilen darauf verwiesen, dass zumindest Teile der Krankenkassen gar kein Interesse daran hätten, ein ausreichendes Leistungsangebot bereit zu stellen, sondern gerade im Vertragswettbewerb ein Interesse hätten das Nicht-Vorhalten bestimmter Leistungen als bewusstes Mittel der Risikoselektion gegen kranke und besonders ausgabenintensive Versicherte einzusetzen. Diese Argumentation übersieht jedoch, dass Anreize zur Risikoselektion (auch im Hinblick auf räumlich unterschiedliche Risikostrukturen der Versicherten) unter den Bedingungen eines morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs nicht mehr grundsätzlich bestehen. Vielmehr werden Kassen, von denen bekannt ist, dass sie ihren Versicherten im Bedarfsfall keine ausreichende und auch damit aus Versichertensicht hinreichend attraktive Versorgung bieten können, im Wettbewerb auch im Fall günstiger Beitragssätze kaum nennenswerte Anteile der GKV-Versicherten für sich gewinnen können.

Eine umfassende gebietsbezogene Bedarfsplanung ist unter den Bedingungen eines geregelten Vertragswettbewerbs überflüssig. Generelle Ansprüche von Leistungsanbietern auf Leistungsvergütung durch die Kassen auf der Grundlage einer zentralen Bedarfsplanung wären geradezu kontraproduktiv in Bezug auf die erwünschten Steuerungswirkungen des Vertragswettbewerbs. Die Fortsetzung einer sektoralen Bedarfsplanung wäre sogar „doppelt kontraproduk-

²² Ein regional begrenztes Angebot wäre für die Versicherten etwa so attraktiv wie ein Mobilfunksystem, das nicht überall funktioniert. Auch in diesem Wirtschaftssektor stellen Firmen ohne vollständige Netzabdeckung durch Verträge mit Konkurrenten sicher, dass ihre Kunden überall telefonieren können. In der GKV hätte dies Vorteile für alle Beteiligten: Die Konkurrenten können ihre Kapazitäten besser auslasten, für den regional begrenzten Anbieter hat diese Lösung die geringsten Transaktionskosten, und die Kunden des regionalen Anbieters können bundesweit im Rahmen des Sachleistungsprinzips behandelt werden. Etwaigem Miss-

tiv“, weil sie überdies den Abbau von unwirtschaftlichen Parallelstrukturen der Leistungserstellung und die Herausbildung integrierter Versorgungsformen behindern würde.

3.2.4.3 Sicherstellung der ausreichenden Versorgung im Ausnahmefall

Auch wenn davon ausgegangen werden kann, dass für den überwiegenden Teil der deutschen Wohnbevölkerung in Bezug auf den Großteil des Versorgungsspektrums keine Versorgungsdefizite zu erwarten sind, ist für den Fall von punktuellen Marktversagen ein wirksamer Auffangmechanismus erforderlich. Solches Marktversagen liegt vor, wenn die Kassen die Versorgung ihrer Versicherten nicht in ausreichende Maß durch Vertragsabschlüsse mit Leistungsanbietern gewährleisten, und zwar sowohl in regionaler Perspektive als auch in versorgungsinhaltlicher Sicht (Versorgungslücken in bestimmten Bereichen).

Den Ländern ist die Verantwortung und die Kompetenz einzuräumen, derartige Versorgungslücken zu verhindern. Dazu installieren die Länder eine regelmäßige Gesundheitsberichterstattung. Im Rahmen eines bevölkerungsbezogenen sektorübergreifenden Monitoring-Systems werden mit Hilfe geeigneter „Mangelindikatoren“ Versorgungslücken identifiziert. In diesem System sollten Indikatoren zum Zugang zu verschiedenen Versorgungsebenen und -angeboten (z.B. Wegstrecken und Wartezeiten für Patienten), zur Notdienstversorgung, zur Versorgung mit Medikamenten, Beratungsangeboten usw. enthalten sein. Gegenüber der bisherigen Bedarfsplanung sollte es sich aber um ein Instrumentarium handeln, das sich mehr am Gesundheitszustand (z.B. auf der Grundlage einer verbesserten Gesundheitsberichterstattung) und am tatsächlichen Versorgungsbedarf der Bevölkerung orientiert als an der reinen Standortfrage in Bezug auf Einrichtungskapazitäten.

Im Hinblick auf das Ziel der Einheitlichkeit der Lebensverhältnisse hat die Festlegung der maßgeblichen Indikatoren sowie der jeweiligen „kritischen Schwellenwerte“ nach bundesweit einheitlichen Vorgaben durch den Regulierungsausschuss GKV zu erfolgen.

Bereits die regelmäßige systematische Information über möglicherweise drohende Versorgungslücken hat eine wichtige Steuerungsfunktion in Bezug auf Standortentscheidungen von Leistungsanbietern bzw. auf die Vertragspolitik der Krankenkassen. Darüber hinaus ist es jedoch erforderlich, die Länder mit gezielten Interventionsmöglichkeiten auszustatten, um drohende bzw. tatsächliche Versorgungsdefizite zu beheben, wenn die Vertragsakteure von sich aus untätig bleiben. Im Hinblick auf die Realisierung gezielter Problemlösungen, die

brauch – regionaler – marktbeherrschenden Positionen wäre auch im Hinblick auf den Abschluss entsprechender Verträge durch das Wettbewerbsrecht zu begegnen.

insbesondere den jeweiligen regionalen Besonderheiten Rechnung tragen, muss den Ländern eine flexible Anwendung von Interventionsmaßnahmen zur Vermeidung von Unterversorgung möglich sein.

Als Interventionsmaßnahme denkbar wäre zum einen die Feststellung des in § 140 Abs. 2 S. 1 SGB V geregelten Sachverhalts (Kompetenz der Kassen zur Schaffung von Eigeneinrichtungen) durch das jeweilige Land. Eine Krankenkasse – z.B. die mit dem größten regionalen Versichertenanteil – könnte dann aufgrund zu schaffender gesetzlicher Ermächtigung beauftragt werden, selbst eine entsprechende Versorgungsstruktur aufzubauen. Die Kosten der Inanspruchnahme würden auf die anderen Kassen entsprechend deren jeweiligen Versichertenanteilen – ggf. morbiditätsadjustiert – umgelegt. Konkurrierende Kassen könnten diese Preise unterbieten, um selbst den Auftrag zur Versorgung durch Eigeneinrichtungen zu erhalten. Damit blieben Wettbewerbsanreize erhalten. Alternativ könnten die Länder mit der Kompetenz ausgestattet werden, für die Leistungen von ihnen beauftragter Leistungserbringer Preise festzusetzen, die von den Kassen zu akzeptieren und gemäß ihren Versichertenanteilen anteilig zu entrichten wären. Diese Preise könnten von anderen Anbietern unterboten werden mit der Folge, dass diese dann den Versorgungsauftrag erhielten. Der Bundesgesetzgeber müsste Grundsätze normieren, die einerseits den Ländern einen möglichst großen Spielraum ließen, um den jeweiligen regionalen Gegebenheiten möglichst gerecht werden zu können, andererseits aber ausschlossen, dass die Länder auf diesem Wege regionale Infrastruktur aus anderen Regionen finanzieren lassen können.

3.2.5 Mehr Markttransparenz durch Qualitätsindikatoren

Ohne mehr Markttransparenz und die damit verbundene ausreichende Information über Versorgungsleistungen und ihre Qualität sind aufgeklärte Entscheidungen der Versicherten über die Kassenwahl bzw. die Auswahl von Leistungserbringern nicht möglich. Der Vertragswettbewerb wird die Transparenz des Versorgungsgeschehens für die Versicherten bereits von selbst wesentlich erhöhen. Leistungsanbieter werden ein nachhaltiges Interesse daran haben, mit einem hohen Qualitätsniveau um Verträge mit Krankenkassen sowie um Patienten zu werben. Die Krankenkassen werden ein ebenso großes Interesse entwickeln, mit attraktiven Versorgungsangeboten um Versicherte zu werben. Darüber hinaus ist damit zu rechnen, dass Verbraucherorganisationen wie bei anderen Produkten und Dienstleistungen Preis und Quali-

tät von Gesundheitsleistungen regelmäßig beurteilen und die Öffentlichkeit informieren werden.²³

Nur wenn – ohne Begrenzung durch Werbeverbote – Qualität von den Marktteilnehmern nach außen sichtbar gemacht wird, kann erreicht werden, dass Qualität ein zentraler Wettbewerbsfaktor wird. Erforderlich sind allerdings Regelungen, die die Kassen und Leistungsanbieter zu umfassenden Informationen über das Leistungsangebot und dessen Qualität verpflichten und damit zugleich auch ermächtigen. Solche Verpflichtungen können auf die Gesetzgebungskompetenz des Bundes zur Regelung des Sozialversicherungsrechts (Art. 74 Abs. 1 Nr. 12 GG) gestützt werden. Ihnen können berufsrechtliche Regelungen des Landesrechts nicht entgegengehalten werden. Im Übrigen ist inzwischen durch die Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts geklärt worden, dass Verbote sachlicher und wahrheitsgemäßer Werbeinformationen kaum mit dem Grundrecht der Berufsfreiheit (Art. 12 Abs. 1 GG) zu vereinbaren sind.²⁴

Als wesentliche Instrumente werden die Vereinbarung von Qualitätszielen und ein Monitoring über ein System von Qualitätsindikatoren angesehen. Diese bilden die Organisation der Versorgung, medizinische Prozesse und – sofern vorhanden und wissenschaftlich abgesichert – Ergebnisse ab sowie Beurteilungen aus Sicht von Patienten, Krankenkassen und Leistungserbringern. Sie erlauben einerseits eine Qualitätsdarlegung nach außen, sind aber gleichzeitig für das interne Qualitätsmanagement und für das Benchmarking von Versorgungseinrichtungen nutzbar.²⁵ Mit diesem Ansatz soll nachdrücklich die Strategie verfolgt werden, die bishe-

²³ So haben sich in allen Gesundheitssystemen, in denen mehr Wettbewerb möglich ist, Qualitätsmessungen anhand von Qualitätsindikatoren durchgesetzt. Stellvertretend sei hier auf das HEDIS-System des US-amerikanischen National Committees on Quality Assurance (www.ncqa.org), die Foundation of Accountability (www.facct.org), das CONQUEST System für Krankenhäuser der Agency for Healthcare Research and Quality (www.ahrq.gov) und das australische „National Health Performance Framework“ (www.health.qld.gov.au/nathlthrpt/performance_framework/ch2.pdf) hingewiesen. Auch in der Schweiz gibt es erste Ansätze zur Qualitätsbeurteilung durch die EQUAM-Stiftung (www.equam.ch) und den Verein Outcome Zürich (www.vereinoutcome.ch). In England existiert als regulatorisch externer Ansatz eine Qualitätsbeurteilung durch den National Health Service (www.doh.gov.uk/nhsperformanceindicators/2002/ha.html), der in Richtung qualitätsorientierter Vergütungssysteme ausgebaut wird (www.nhsconfed.org/gmscontract). In den Niederlanden und in Neuseeland werden Qualitätsindikatoren im ambulanten Bereich dagegen von den Professionen selbst entwickelt und implementiert.

²⁴ Siehe etwa BVerfG, NZS 2002, 144 und Lorz (2002).

²⁵ Im Gegensatz zu den USA, wo Qualitätsindikatoren überwiegend als externe Bewertungsinstrumente miteinander konkurrierender Institutionen mit unterschiedlichem methodischem Vorgehen zur Information von Versicherten und Arbeitgebern (als wichtige Leistungseinkäufer) entstanden sind, schlagen wir hier einen Ansatz vor, der die Nutzung der Indikatoren für interne Steuerung, Vertrags- und Qualitätsmanagement und externe Versicherteninformation in den Vordergrund stellt. Interessanterweise wird jetzt auch in den USA ein einheitliches Indikatorensystem und eine Verbindung zur Qualitätsförderung favorisiert; vgl. McGlynn (2003).

rigen starren und statischen Mechanismen zur Qualitätssteuerung im Gesundheitswesen weitgehend zugunsten eines dynamischen Prozesses zu ersetzen.

Die Qualitätsindikatoren haben drei zentrale Zielgruppen: Leistungserbringer, die die Indikatoren für ihr internes Qualitätsmanagement, Controlling und Vertragsmanagement nutzen, Krankenkassen, die sie für ihr Vertragsmanagement einsetzen und ihre Kontrahierungsentscheidungen davon abhängig machen, sowie Versicherte, die ihre Entscheidungen zur Wahl einer Krankenkasse oder eines Versorgungsmodells mit davon abhängig machen. Qualität wird damit gegenüber dem Preis ein gleichwertiger Wettbewerbsfaktor.²⁶

Mit dem hier vorgestellten Modell von Qualitätsindikatoren wird ein flexibles Instrumentarium geschaffen, das sich am tatsächlichen Bedarf der Vertragspartner orientiert und zugleich die Qualität der Versorgung und Aktivitäten zur weiteren Qualitätsförderung belohnt, indem es die Wahlentscheidungen der Versicherten beeinflusst. Bestehende Erfordernisse zur Qualitätssicherung werden „entschlackt“ und systematisiert. Neue Erfordernisse werden nur soweit formuliert, wie sie absehbar von einer relevanten Zahl von Leistungserbringern und Kassen erwünscht oder schon umgesetzt werden und/oder sie in bestehende Qualitätsförderansätze (z.B. Qualitätszirkel, Qualitätsmanagement oder Zertifizierung) integrierbar sind. Die Qualitätsförderung soll den Versichertenbedürfnissen und der Patientensicherheit entgegenkommen und ein gutes Verhältnis zwischen Aufwand und Nutzen bezüglich des Ressourceneinsatzes und der Behandlungsergebnisse aufweisen. Somit können kreative Suchprozesse um die bestmögliche Entwicklung und Implementierung der Indikatoren entstehen.

3.2.5.1 Einheitliche Basisindikatoren

Basierend auf den internationalen Erfahrungen mit Qualitätsindikatoren werden nur wenige Anforderungen zentral vorgegeben. Alle Leistungsanbieter haben in diesem Modell eine Darlegungs- und Transparenzpflicht hinsichtlich bundeseinheitlich festgelegter Basisindikatoren der Qualität der Versorgung. Zu berücksichtigen ist, dass nicht alle Indikatoren für alle Anbieter gleich sinnvoll sein werden. Das geltende Bündel von Basisindikatoren wird vom dazu gesetzlich ermächtigten Regulierungsausschuss GKV bundeseinheitlich festgelegt. Alle Leistungsanbieter sind zur Veröffentlichung dieses Basisindikatorenbündels verpflichtet. Es ist zu erwarten, dass sowohl die Vertragspartner als auch Medien und Verbraucherorganisationen diese Informationen nutzen werden, um auch regionale Rankingsysteme zu schaffen.

De facto existieren diese ja zumindest in den Medien bereits heute, allerdings vielfach mit uneinheitlichen und teilweise fragwürdigen Indikatoren.

Im Basisindikatorenbündel sind relativ wenige Indikatoren enthalten, die in einem jährlichen Qualitätsbericht gegenüber den Vertragspartnern und der Öffentlichkeit nach außen dargestellt werden. Diese Basisindikatoren sind einfach umzusetzen und erfordern keinen oder allenfalls einen geringfügigen Mehraufwand zur Dokumentation. Exemplarisch wird ein Katalog von 31 Basisindikatoren vorgeschlagen (vgl. Anhang 7.3)²⁷, der sich auf die Bereiche Teilnehmer und Leistungsprofil (z.B. Versicherte pro Arztgruppe, Öffnungszeiten, Hausbesuche etc.), Qualitätsfähigkeit/Qualitätsentwicklung (Umsetzung von Qualitätsmanagement, Risikominimierung, Leitlinieneinsatz etc.), medizinische Prozesse und Ergebnisse (z.B. Prävention, Programme für chronisch Kranke, Wiederaufnahme nach stationärem Aufenthalt) und Bewertung durch Patienten (z.B. Versicherten/Patientenbefragungen, Reklamationen/Beschwerden etc.) bezieht. Dieser Katalog ist als Illustration zu verstehen. In Kapitel 4.4 (Übergang vom Zulassungsmodell in das wettbewerbliche Vertragsmodell) wird beispielhaft gezeigt, wie diese Indikatoren zur Qualitätssteuerung in Einzelverträgen mit Leistungserbringern eingesetzt werden können.

3.2.5.2 Zertifizierung für Zusatzindikatoren

Über die oben beschriebenen Basisindikatoren hinaus haben Krankenkassen und Leistungserbringer die Möglichkeit, vertraglich weitere Qualitätsindikatoren zu vereinbaren und mit den Ergebnissen zu werben. Genauso können qualitätsbewusste Leistungsanbieter aus eigenen Antrieb Qualitätsindikatoren entwickeln und gegenüber Krankenkassen und Versicherten damit werben. Für die Leistungserbringer kann die Verwendung zusätzlicher Indikatoren sinnvoll sein, um möglicherweise einen höheren Umsatz erzielen zu können, indem sie entweder einen höheren Preis für ihre Leistungen verlangen können oder – bei gegebenem Preis – mehr Versicherte zu ihnen kommen (oder beides gleichzeitig). Damit hätten diese Leistungserbringer Wettbewerbsvorteile gegenüber Versorgern, die keine zusätzlichen Qualitäts-

²⁶ Dazu müssen die Kassen u.a. darlegen, mit welchen Leistungserbringern sie Verträge haben und welche Versorgungsqualität diese bieten. Damit Versicherte überhaupt Entscheidungen treffen können, müssen die Indikatoren selbst verständlich und vergleichbar sein; vgl. dazu Hibbard et al. (2002).

²⁷ Als Grundlage diente ein Indikatorensystem für Arztnetze, das vom AQUA-Institut Göttingen im Auftrag des AOK-Bundesverbands entwickelt und 2002 vorgestellt wurde (Szecsenyi/Stock 2002). Der dort vorgestellte Katalog besteht gleichfalls aus Basis- und Zusatzindikatoren für wichtige Versorgungsfelder. Die Indikatoren wurden aus internationalen Indikatorensystemen und Leitlinien abgeleitet und mit Experten aus Arztnetzen und externen medizinischen Gutachtern diskutiert. Eine ausführliche zusammenfassende Darstellung einschließlich der Chancen und Grenzen eines indikatorengestützten Qualitätssystems findet sich unter www.aqua-institut.de/pdf/indikatoren_einfuehrung.pdf.

kriterien erfüllen. Um die Übersicht über diese Zusatzindikatoren für die Versicherten zu vereinfachen, sollten Leistungsanbieter ihre Zusatzindikatoren zertifizieren lassen können. Mit der Zertifizierung weisen die Leistungsanbieter nach, dass der jeweilige Indikator methodischen Mindestanforderungen genügt. Die Zertifizierung sollte dezentral erfolgen. Der Regulierungsausschuss GKV legt fest, welche Institutionen zur Erteilung von Zertifikaten berechtigt sind. Schrittweise wird durch dieses Verfahren ein Indikatorenregister entstehen, in dem die zertifizierten Indikatoren gesammelt werden.²⁸

3.2.6 Fortführung der Organisationsreform der Krankenversicherung

Sonderregelungen für einzelne Kassen, die aus der Zugehörigkeit zu einem bestimmten Kassenverband historisch entstanden sind, können die Ergebnisse des Vertragswettbewerbs verzerren und sind daher zu beseitigen. Das gilt vor allem im Hinblick auf Personalkosten-, Errichtungs-, Schließungs- und Öffnungsprivilegien sowie Beschränkungen im Hinblick auf Vertragsgemeinschaften und Fusionen von Kassen jenseits der bestehenden Verbändezugehörigkeit. Im System des Vertragswettbewerbs haben alle Krankenkassen die gleichen Rechte, aber auch die gleichen Pflichten.

Notwendig ist es auch, allen Krankenkassen eine Option zur regionalen Beitragssatzgestaltung einzuräumen. Krankenkassen haben im System des Vertragswettbewerbs die Möglichkeit, ihre Versicherungsleistungen in einem oder mehreren Ländern anzubieten. Gegenwärtig bestehen erhebliche Wettbewerbsverzerrungen zwischen nur regional und überregional (bundesweit) tätigen Krankenkassen in besonders ausgabenintensiven Regionen (z.B. den Stadtstaaten), aber auch (mit umgekehrter Wirkung) in vergleichsweise ausgabengünstigen Regionen (z.B. Sachsen). Diese Verzerrungen resultieren zu einem erheblichen Teil aus der gesetzlichen Vorgabe, dass bundesweit tätige Krankenkassen für ihr gesamtes Tätigkeitsgebiet einen einheitlichen Beitragssatz erheben müssen.²⁹

Wenn alle Krankenkassen die Möglichkeit erhalten, ihre Beitragssätze regional zu differenzieren, werden diese Wettbewerbsverzerrungen abgebaut. Zugleich werden den Kassen Anreize genommen, gezielt Mitgliederselektion nach regionalen Kostenstrukturen zu betreiben.

Es spricht viel dafür, dass sich unter den Bedingungen des Kassenwettbewerbs bei einer optionalen Beitragssatzregionalisierung faktisch regional differenzierte Beitragssätze durchset-

²⁸ Die Qualitätsindikatoren der AOK für Arztnetze bestehen gleichfalls aus Basisindikatoren und Zusatzindikatoren für wichtige Versorgungsfelder.

²⁹ Vgl. konzeptionelle und empirische Untersuchungen bei Wasem et al. (1998)

zen werden. Zwar hätten überregional tätige Krankenkassen durch die überregionale Beitragsatzkalkulation Vorteile in Regionen mit einer überdurchschnittlich teuren Versorgungsstruktur, doch müssten sie dies mit Nachteilen in Beitragsatzregionen mit unterdurchschnittlich teurer Versorgungsstruktur bezahlen. Diese vorgeschlagene Veränderung trägt damit nicht nur zum Abbau von Wettbewerbsverzerrungen bei, sondern wirkt zugleich dem Effekt entgegen, dass bei bundesweit kalkulierten Sätzen Versicherte aus schwächer versorgten Gebieten die höhere Versorgung in den anderen Gebieten subventionieren.

Die *Aufsicht über die Krankenkassen* ist im Wettbewerbsinteresse nach funktionalen Gesichtspunkten inhaltlich und organisatorisch neu zu ordnen. Gegenwärtig unterliegen unterschiedliche am Wettbewerb teilnehmende Krankenkassen unterschiedlichen Aufsichten. Sie verfügen damit faktisch über unterschiedliche Handlungsmöglichkeiten, was den Wettbewerb verzerren kann – bisweilen entsteht der Eindruck, dass der Wettbewerb der Krankenkassen durch einen „Wettbewerb der Aufsichtsbehörden“ ergänzt wird. Die Aufsicht über das Haushalts- und Geschäftsgebaren der Krankenkassen einschließlich der Aufsicht über die Zulässigkeit der Satzung sollte künftig einheitlich auf Bundesebene erfolgen – unabhängig davon, ob die zu beaufsichtigenden Kassen in einem oder in mehreren Ländern tätig sind. Durch diese Regelung wird sichergestellt, dass die Aufsicht über alle miteinander im Wettbewerb stehenden Kassen einheitlich erfolgt. Dabei ist in Bezug auf die Genehmigung künftiger Kassenfusionen insbesondere das Kriterium der wettbewerbsrechtlichen Unbedenklichkeit zu beachten. Hier hätte die bundeseinheitliche Aufsichtsbehörde u.a. eine Funktion, wie sie das Bundeskartellamt nach §§ 35 ff. bei der Fusionskontrolle hat. Der Bundesgesetzgeber müsste hierfür inhaltliche Standards vorgeben.

Aus der Perspektive der Länder steht in erster Linie die gesundheitliche Versorgung ihrer Einwohner im Blickpunkt, und zwar unabhängig davon, ob diese in ausschließlich regional oder überregional tätigen Kassen versichert sind. Deshalb sollten die Länder durchgängig die Aufsicht über die Zulässigkeit der von den Vertragspartnern im jeweiligen Land abgeschlossenen Versorgungsverträge wahrnehmen. Diese Regelung ist auch deshalb notwendig, damit die Länder die ihnen zugewiesene Aufgabe im Hinblick auf die Vermeidung von Versorgungsdefiziten wahrnehmen können.

Dieser Vorschlag setzt eine entsprechende Grundgesetzänderung voraus. Die Unterscheidung zwischen bundesunmittelbaren Versicherungsträgern, die zur Bundesverwaltung gehören, und landesunmittelbaren Versicherungsträgern, bleibt hiervon im Grundsatz unberührt. Lediglich in Ergänzung von Art. 87 Abs. 2 GG wäre eine Ermächtigung an den Bundesgesetzgeber für

die Schaffung entsprechender Vorschriften über die Verwaltungskompetenz für die Aufsicht einzufügen.

Sofern Versorgungsregionen ermöglicht würden, die Ländergrenzen überschreiten, bedürfte es spezifischer, auf diese Situation zugeschnittener Bestimmungen für die Aufsicht über das jeweilige Vertragsgeschehen.

3.3 Neue Aufgaben für reformierte Institutionen

In diesem Abschnitt werden zusammenfassend die bisher diskutierten Regulierungsaufgaben den zuständigen Institutionen zugeordnet. Zentraler Grundsatz in einem System des Vertragswettbewerbs ist, dass Aufgaben der mittleren Steuerungsebene (vor allem die gemeinsamen und einheitlichen, aber auch die von übergeordneten Verbänden erlassenen kollektiven Vorgaben) auf die einzelwirtschaftliche Ebene (einzelne Krankenkassen und einzelne Leistungsanbieter) übertragen werden. Darüber hinaus müssen aber auch und gerade im Vertragswettbewerb eine Reihe von übergreifenden Regulierungsaufgaben erfüllt werden. Diese fallen überwiegend auf der Bundesebene an und dürfen nicht durch die Krankenkassen und Leistungsanbieter allein wahrgenommen werden – andernfalls würden im Ergebnis die zu Regulierenden sich selbst regulieren. Andererseits müssen keineswegs alle diese Regulierungsaufgaben zwingend durch staatliche Behörden wahrgenommen werden. Vielmehr sollte das bewährte Konzept der Regulierung in Selbstverwaltung weitgehend erhalten bleiben.

An die Stelle von Koordinierungsausschuss, Bundesausschüssen und Ausschuss Krankenhaus soll der neue Regulierungsausschuss GKV treten. In der nachstehenden Tabelle werden die im Vertragswettbewerb anfallenden Regulierungsaufgaben den zuständigen Institutionen überblicksartig zugeordnet. Im Anhang sind die heutigen kollektiven Regulierungsaufgaben zusammengestellt. Sie müssen im Vertragswettbewerb entweder auf die staatlichen Stellen oder den Regulierungsausschuss GKV übertragen werden, oder sie sind der autonomen Vertragskompetenz der Kassen zu überantworten. Kollektive Koordinierungen werden nur noch in Randbereichen (etwa Notdienste oder Auslandsbeziehungen) eine Rolle spielen.

Tabelle 1: Regulierungsaufgaben im Vertragswettbewerb

Institutionen	Regulierungsaufgaben
Bund (Gesetzgeber, Bundesregierung und nachgeordnete Bundesbehörden)	Weiterentwicklung der Wettbewerbsordnung einschl. RSA Aufsicht über Haushalts- und Geschäftsbaren der Krankenkassen
Regulierungsausschuss GKV	Entscheidungen über Ein- und Ausschluss von Leistungen des einheitlichen Leistungskatalogs Entwicklung und Anpassung eines bundeseinheitlichen Monitoring-Systems zur Identifikation von Versorgungsdefiziten; Festlegung von Basisindikatoren und von kritischen Schwellenwerten Festlegung eines Bündels von Basis-Qualitätsindikatoren; Festlegung berechtigter Stellen zur Zertifizierung von Zusatzindikatoren
Länder	Aufsicht über die Vertragsabschlüsse aller im jeweiligen Bundesland tätigen Krankenkassen Identifikation von Versorgungsdefiziten nach bundeseinheitlich festgelegten Kriterien und ggf. Intervention

4 Erste Schritte auf dem Weg zum Vertragswettbewerb in der GKV

Vor dem Hintergrund der beschriebenen strukturellen Qualitätsmängel und Effizienz- und Produktivitätsprobleme des deutschen Gesundheitssystems muss der Gesetzgeber umgehend mit ersten Schritten zur Umsetzung der Reformperspektive Vertragswettbewerb beginnen. In diesem Abschnitt wird daher erstens als Einstieg in den Vertragswettbewerb eine Reform der zwar bereits im Gesetz, aber noch nicht in der Versorgungswirklichkeit bestehenden integrierten Versorgung gefordert. Dabei werden unter integrierter Versorgung solche Versorgungsverträge zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern verstanden, die Leistungen aus mindestens zwei der im Vierten Kapitel des SGB V (2. – 8. Abschnitt) ausgeformten einzelnen Versorgungssektoren umfassen. Typischerweise werden Verträge über integrierte Versorgung Leistungen aus mehreren Sektoren einschließen.

Zweitens sind erste Schritte zum Abbau von Überregulierung auch außerhalb der integrierten Versorgung und zum Einstieg in das selektive Kontrahieren umzusetzen. Drittens werden Vorschläge für die Koordination des Nebeneinanders von Einzelverträgen und Kollektivverträgen in einer Übergangszeit gemacht. Dabei ist davon auszugehen, dass Vereinbarungen zur integrierten Versorgung sowie andere Formen von Einzelverträgen starken Wettbewerbsdruck auf die traditionelle (sektoral getrennte) Versorgung ausüben werden – und zwar umso mehr, je besser es den neuen Vertrags- und Versorgungsformen gelingt, Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung erkennbar zu verbessern.

4.1 Reform der integrierten Versorgung

Die Überwindung der gegenwärtigen Sektorengrenzen und Schnittstellenprobleme durch die Übernahme sektorübergreifender Verantwortung kann wesentliche Ineffizienzen und Qualitätsmängel im deutschen Gesundheitssystem angehen. Zugleich sind vertragliche Freiräume sowohl für Leistungserbringer als auch Krankenkassen ein geeignetes Mittel zur Überwindung der Probleme der sektoralen Abschottung. Gerade hier sind dezentrale Entdeckungs- und Suchprozesse sinnvoll. Dieser Gedanke hat den Gesetzgeber bei der Gesundheitsreform 2000 veranlasst, mit der „integrierten Versorgung“ ein wettbewerbliches Instrument zum Einstieg in sektorübergreifendes Handeln vorzusehen. Der Gesetzgeber hat hiermit einige im Grundsatz sinnvolle Akzente gesetzt: So hat er geregelt, dass die Vertragspartner der integrierten Versorgung weitgehend von den leistungserbringungsrechtlichen Vorschriften des

SGB V sowie dem Krankenhausfinanzierungsgesetz abweichen können. Auch hat er richtig erkannt, dass es finanzieller Anreize für Versicherte bedarf und entsprechend zugelassen, die Versicherten in Form von Bonuszahlungen an den Einsparungen der integrierten Versorgung zu beteiligen, denn ohne die Einschreibung von Versicherten in diese neuen Versorgungsformen würden diese nur auf dem Papier bestehen.

Allerdings ist diese Initiative in der praktischen Umsetzung weitgehend stecken geblieben. Das bisherige Scheitern der integrierten Versorgung ist vor allem darauf zurückzuführen, dass es bei den gesetzlichen Regelungen bislang nicht vorrangig um die gezielte Förderung der Entwicklung und praktischen Umsetzung neuer Versorgungsformen ging. Im Vordergrund stand vielmehr, die von der integrierten Versorgung möglicherweise ausgehenden Störungen bestehender – und in ihrer Wirksamkeit anerkanntermaßen fragwürdiger – Kollektivregelungen zu minimieren. Diese Logik gilt es mit Hilfe der im Folgenden beschriebenen Maßnahmen umzukehren, damit das prinzipielle Innovationspotential integrierter Versorgung auch tatsächlich realisiert werden kann.

4.1.1 Nebeneinander von integrierter Versorgung und bisherigen Versorgungsstrukturen

Während in einer Phase, in der die integrierte Versorgung zunächst vermutlich lediglich einen vergleichsweise geringen Stellenwert in der Versorgung einnimmt, allein Regelungen zu treffen sind, die die Berücksichtigung der aus der sektoralen Versorgung herausfallenden Leistungen bei der Gesamtvergütung und die Berücksichtigung des Angebots integrierter Versorgung bei der Bedarfsplanung betreffen, führt ein wachsender Anteil der in den neuen Rechtsbeziehungen versorgten Versicherten zu einer qualitativen Änderung. Zwar können im ambulanten Bereich KVen und KBV weiterhin für die vertragsärztliche Leistungserbringung im bisherigen Sinne verantwortlich sein, jedoch kann der Sicherstellungsauftrag nicht mehr die gesamte vertragsärztliche Infrastruktur betreffen. Dasselbe gilt für die Verantwortung für den ärztlichen Notdienst im Rahmen der GKV. Auch die sektorale Bedarfsplanung muss mit dem jeweiligen Entwicklungsstand integrierter Versorgung verzahnt werden. Da die integrierte Versorgung – mit der Einbeziehung auch nicht zugelassener Leistungserbringer – auch den Krankenhausbereich erfasst, bedarf es ebenfalls einer Zuordnung zum sektoralen System der Leistungserbringung in diesem Bereich. Dies betrifft nicht die ohnehin krankenhausesindividuelle Honorierung, sondern vor allem die Krankenhausplanung.

Diese Koordinationsaufgaben sind für die Phase des Nebeneinanders von integrierter Versorgung und sektoral organisierter GKV-Versorgung durch folgende Maßnahmen zu erfüllen:³⁰

1. Pflicht zur Berücksichtigung der integrierten Versorgung beim Abschluss der Gesamtverträge; dabei sind durch Gesetz so hinreichend detaillierte Vorgaben für die Berücksichtigung von Zahl und Risikostruktur der integriert versorgten Versicherten im Rahmen von Budgets und Gesamtvergütungen zu machen, dass die Schiedsämter insoweit keine Ermessensspielräume haben;
2. Pflicht zur Berücksichtigung der integrierten Versorger im Rahmen der Bedarfsplanung nach §§ 99 ff. SGB V;
3. dabei dürfte es bei einem Anwachsen der integrierten Versorgung nötig sein, in überversorgten Gebieten die Möglichkeit der Praxisnachfolge nach § 103 Abs. 4 und 5 SGB V zu beschränken, was mit einer Entschädigungsregelung zu verbinden ist, die sicherstellt, dass nicht amortisierte Investitionsausgaben nicht verloren gehen;
4. Pflicht zur Berücksichtigung integrierter Versorger bei der Krankenhausplanung nach § 8 KHG;
5. Regelung über die Einbeziehung integrierter Versorger in den ärztlichen Notdienst und evtl. auch in den Apothekennotdienst; hierzu dürfte es nötig sein, KVen und Kassenverbände auf Landesebene gemeinsam und einheitlich zu verpflichten, die Grundstrukturen einer solchen Einbeziehung so festzulegen, dass dies Bestandteil der jeweiligen Verträge mit den integrierten Versorgern werden kann.

4.1.2 Beseitigung kollektiver Rahmenvereinbarungen

Im geltenden Recht sind nach § 140d SGB V zwingend Rahmenvereinbarungen für die integrierte Versorgung zwischen den Spitzenverbänden gemeinsam und einheitlich und der KBV vorgesehen sowie nach § 140e SGB V optionale Rahmenvereinbarungen mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft und weiteren Spitzenorganisationen von Leistungserbringern. Diese Rahmenvereinbarungen – auch die optionalen – sind, wie § 140a Abs. 1 SGB V für die Rahmenvereinbarungen nach § 140d SGB V ausdrücklich klarstellt, für die vertragsschließenden Kassen verbindlich.

³⁰ Diese Maßnahmen sind analog für Einzelverträge anzuwenden, die keine integrierte Versorgung sind (Abschnitt 4.3).

Zum System des Vertragswettbewerbs passen solche kollektiven Bindungen grundsätzlich nicht, und auch bei zunehmender Verbreitung integrierter Versorgungsmodelle sollte den Vertragsparteien möglichst weitgehender Spielraum für eigene Lösungen verbleiben. Darum sollten die Vorschriften über Rahmenvereinbarungen daraufhin überprüft werden, inwieweit sie in der Phase des Nebeneinanders der unterschiedlichen Versorgungssysteme unverzichtbar sind. Dies dürfte sich wohl allein auf die rechnerische Bereinigung der Gesamtvergütung (§ 140d Abs. 1 S. 2 Nr. 4 SGB V) und – weil künftig nach dem hier vorgelegten Vorschlag auch andere als zugelassene Leistungserbringer an der integrierten Versorgung teilnehmen können – auf deren Einbeziehung in den ärztlichen Notdienst und evtl. den Apothekennotdienst beziehen. Dabei ist allerdings zu prüfen, ob diese Regelungen nicht sachgerechter in den Kontext der Vorschriften zu den jeweils betroffenen Kollektivregelungen gehören, weil es darum geht, diese entsprechend dem Entwicklungsstand der integrierten Versorgung anzupassen.

4.1.3 Ausschluss einseitiger Beitrittsrechte Dritter

Die zwischen den Spitzenverbänden der Krankenkassen und der KBV bzw. der DKG geschlossenen Rahmenvereinbarungen zur integrierten Versorgung verbieten es den Vertragspartnern der integrierten Versorgung, nicht beteiligte Krankenkassen bzw. ihre Verbände von einem späteren Beitritt auszuschließen; vielmehr soll nach diesen Rahmenvereinbarungen allen beitrittswilligen Krankenkassen ein Beitritt nach drei Jahren ermöglicht werden. Solche nachträglichen Beitrittsrechte behindern die Herausbildung innovativer Versorgungsformen. Aus der Sicht der integrierten Versorger sind sie völlig sachfremd, weil Managemententscheidungen über Umfang und Zusammensetzung des im Einzelnen an der Erstellung der integrierten Versorgungsleistung beteiligten medizinischen und nicht-medizinischen Personals, über Standorte und Ausstattung der einbezogenen Einrichtungen sowie über Inhalt und Konditionen des Bezugs von nicht selbst erstellten Leistungen nicht „von außen“ beeinflusst und ggf. konterkariert werden können. Aus Kassensicht bedeuten „verbrieft“ Beitrittsrechte Dritter eine beträchtliche Minderung der Anreize, das Risiko der Versorgung ihrer Versicherten durch neue integrierte Versorgungsmodelle überhaupt auf sich zu nehmen und dabei vielleicht auch selbst nicht unwesentliche Investitionskostenanteile zu tragen: Bei einem „Fehlschlag“ hätten sie die Folgen (Kosten, nicht amortisierte Investitionen, ggf. Mitgliederverluste) allein zu tragen, während sie im Erfolgsfall bereits nach drei Jahren die positiven Effekte mit anderen Kassen „teilen“ müssten. Einseitige nachträgliche Beitrittsrechte für zu-

nächst nicht beteiligte Leistungserbringer, Kassenärztliche Vereinigungen oder Krankenkassen sind darum gesetzlich auszuschließen.

Dies bedarf eigentlich keiner spezifischen Regelung, da ein solches Beitrittsrecht seinerseits einer entsprechenden rechtlichen Grundlage bedarf. Eventuelle Probleme eines fairen Wettbewerbs und einer marktbeherrschenden Stellung – von Kassen als Nachfrager wie von integrierten Versorgern – könnten ohne solche einseitigen Beitrittsrechte gelöst werden, nämlich durch Anforderungen an eine gerechte, allein an wirtschaftlichen Kriterien (Preis und Qualität der Leistung) ausgerichtete Vergabe und durch eine zeitliche Begrenzung von Verträgen über integrierte Versorgung, die auch neuen Anbietern eine Chance bietet, sich im Wettbewerb um Versorgungsverträge zu präsentieren. (Dazu 3.2.3)

Nützlich wäre eine klarstellende Bestimmung, die die Frage einer nachträglichen Erweiterung ebenso wie diejenige eines etwaigen Ausscheidens einzelner Teilnehmer allein den Vertragsparteien überantwortet.

4.1.4 Teilnahme nicht zugelassener Leistungsanbieter

Bislang können nur zugelassene Leistungsanbieter an der integrierten Versorgung teilnehmen. Dies stellt allerdings mit Blick darauf, dass integrierte Versorgung innovativ über die Sektor­grenzen hinweg angelegt ist, ein Hindernis für den Marktzugang neuer sektorübergreifender Versorger dar. Akteure, die weder zur vertragsärztlichen Versorgung noch als Krankenhaus in die Versorgung der GKV-Versicherten eingebunden sind, könnten daran interessiert sein, einen solchen Gesamtversorgungsauftrag wahrzunehmen oder sich daran zu beteiligen. Daher sollten Verträge über integrierte Versorgung auch mit Leistungsanbietern abgeschlossen werden können, die außerhalb der integrierten Versorgung nicht zugelassen sind.

Eine Öffnung ist grundsätzlich relativ einfach möglich, indem § 140b Abs. 2 SGB V geändert wird. Dann sollte das Gesetz die in Betracht kommenden Vertragspartner ohne Bezugnahme auf die Teilnahme am sektoralen System der GKV-Versorgung aufzählen. Zu regeln wäre wohl nur, dass es Anbieter sind, die Leistungen im Sinne des 3. Kapitels anbieten. Mit Bezugnahme auf alle Erbringer von Leistungen im Sinne des 3. Kapitels wäre auch geregelt, dass integrierte Versorgung immer dann vorliegt, wenn irgendwelche im 3. Kapitel angelegten und im 2. - 8. Abschnitt des 4. Kapitels ausgeformten Sektorengrenzen überschritten werden.

Ebenfalls ist gesetzlich vorzugeben, dass und wie die wesentlichen Anforderungen zu Leistungskatalog und Qualität, die für zugelassene Leistungserbringer als Voraussetzung der

Zulassung (vgl. z.B. §§ 95a und 95c SGB V) sowie aufgrund ihrer Einbindung in Kollektivverträge und Richtlinien gelten, für die Vertragspartner der integrierten Versorgung abgedeckt werden. Das müsste auch erweiterte, §§ 135a ff. SGB V zuzuordnende Anforderungen an Qualitätssicherung erfassen sowie zusätzliche Bestimmungen über evidenzbasierte Medizin, für die sinnvollerweise Regelungen in den Ermächtigungen an den Bundesausschuss, den Ausschuss Krankenhaus und den Koordinierungsausschuss (bzw. an eine Nachfolgeinstitution Regulierungsausschuss GKV) vorzusehen wären.

Für die Art und Weise der Bindung an wesentliche Grundsätze der Leistungserbringung kommen im Prinzip zwei Gestaltungsmöglichkeiten in Betracht, die sich ihrerseits noch einmal hinsichtlich des Maßes der Bindung unterscheiden könnten:

- a) Verweisung auf Regelungen, die in der sektoralen Versorgung gelten und damit Normierung einer Ausnahme von der prinzipiellen Freistellung in § 140b Abs. 4 SGB V (dort wäre sinnvollerweise klarzustellen, wovon keine Ausnahmen zugelassen werden);
- b) Verpflichtung der Vertragsparteien zur Bezugnahme auf entsprechende Regelungen, u.U. mit der Maßgabe, dass lediglich die entsprechenden Ziele mindestens zu erreichen sind ohne eine strikte Bindung an alle Details.

4.1.5 Öffnung für juristische Personen des Privatrechts (Beispiel GmbH)

Es sollte ermöglicht werden, dass im Rahmen der integrierten Versorgung auch juristische Personen oder Gemeinschaften von Ärzten und anderen Leistungserbringern als Träger ambulanten Versorgung tätig werden können. Besonders geeignete Formen für Vertragspartner über Verträge zur integrierten Versorgung sind juristische Personen des Privatrechts, die die interne Organisation der vertraglich vereinbarten Leistungserbringung durch Abschluss von Arbeitsverträgen sichern. Stellvertretend für andere Rechtsformen soll hier die sog. „Heilkunde-GmbH“ angesprochen werden³¹. Für sie bedarf es einer Koordinierung mit dem ärztlichen Berufsrecht, für das es lediglich insoweit eine spezifische Bundeskompetenz gibt, als um die Zulassung zum Beruf geht (Art. 74 Abs. 1 Nr. 19 GG).

³¹ Dazu Taupitz (1994) sowie Rieger (1995).

4.1.5.1 Die Rechtslage nach dem Berufsrecht der Länder

Hinsichtlich der ambulanten Krankenbehandlung treffen die einschlägigen Heilberufsgesetze oder Kammergesetze der Länder unterschiedliche Regelungen. Auszüge aus diesen Gesetzen mit Bezug auf das aufgeworfene Problem sind im Anhang abgedruckt.

(1) Eine ausdrückliche nahezu umfassende berufsrechtliche Öffnung zur ambulanten Behandlung im Wege der Anstellung bei juristischen Personen des Privatrechts findet sich im sachsen-anhaltischen Recht.

(2) Teilweise – nämlich in Hamburg, Bremen, Mecklenburg-Vorpommern, Hessen, Thüringen, Saarland und Baden-Württemberg – enthalten die Gesetze keine Vorschriften, die sich spezifisch gegen die ambulante Krankenbehandlung durch juristische Personen des Privatrechts wenden. Hier dürfte – unabhängig von etwaigen Regelungen in den Berufsordnungen der Ärztekammern³² – klar sein, dass die Krankenbehandlung durch eine Heilkunde-GmbH nicht berufsrechtlich verboten ist. Denn ein solcher Eingriff in die Berufsfreiheit (Art. 12 Abs. 1 GG) bedürfte zumindest einer hinreichend deutlichen gesetzlichen Ermächtigung.³³

(3) Bayern und Sachsen bestimmen schlicht das Verbot einer ärztlichen bzw. zahnärztlichen Praxis in der Form einer juristischen Person des Privatrechts. Sofern sich die integrierte Versorgung von einer solchen Praxis unterscheidet, z.B. durch die Verknüpfung von stationären und ambulanten Leistungen, stellt dieses Verbot kein Hindernis dar. Sofern allerdings bei einem solchen integrierten Versorger das typische Bild ambulanter Krankenbehandlung dominiert, wäre das Verbot einschlägig.

(4) In den übrigen Ländern (Niedersachsen, Brandenburg, Berlin, Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz) ist mit unterschiedlichen Formulierungen geregelt, dass die ärztliche Tätigkeit, abgesehen von abweichenden gesetzlichen Bestimmungen, wozu auch die Regelungen über Krankenhäuser und konzessionierte Krankenanstalten i.S.v. § 30 GewO gehören, an die freiberufliche Niederlassung in eigener Praxis gebunden ist.

(5) Soweit das Landesrecht Restriktionen für die ambulante Krankenbehandlung im Rahmen von juristischen Personen des Privatrechts als Leistungserbringern vorsieht, stellt sich noch das Problem der Vereinbarkeit mit der Berufsfreiheit (sowohl der juristischen Personen als

³² Siehe § 17 Abs. 1 der MBO-Ä 1997 in der Fassung von 2002: „Die Ausübung ambulanter ärztlicher Tätigkeit außerhalb von Krankenhäusern einschließlich konzessionierter Privatkrankenanstalten ist an die Niederlassung in eigener Praxis gebunden, soweit nicht gesetzliche Vorschriften etwas anderes zulassen.“

³³ Dazu grundlegend BGH v. 25.11.1993, BGHZ 124, 224; siehe auch Katzenmeier (1998) und Gangster (2000).

auch der Ärzte selbst, deren Möglichkeit zur Tätigkeit als angestellte Ärzte beschränkt wird). Es gibt gute Gründe zu bezweifeln, dass der berufsrechtliche Ausschluss der GmbH-Form für ambulante ärztliche Tätigkeit sogar nach den Grundsätzen für eine Berufsausübungsregelung verhältnismäßig ist.³⁴

4.1.5.2 Mögliche Regelungen aufgrund der Bundeskompetenz aus Art 74 Abs. 1 Nr. 12 GG

Unstrittig ist kraft Sachzusammenhangs oder als Annex in der Kompetenz für die Sozialversicherung diejenige für Regelungen des Leistungserbringungsrechts im Rahmen sozialversicherungsrechtlicher Sachleistung enthalten. Hierzu gehören die Fragen der Zulassung zur Versorgung im Rahmen der GKV-Sachleistung ebenso wie die Anforderungen an Leistungen auf Kosten der Kassen und die Honorierung dieser Leistungen.³⁵

Allerdings ist, wenn es um die Grenzen dieser Kompetenz geht, und auch im Hinblick auf die Qualifikation der Gesetzesregelungen unter Berücksichtigung ihres Zwecks zu beachten, dass das Vertragsarztrecht nicht auf einen eigenen Kompetenztitel gestützt werden kann, sondern lediglich als Annex bzw. wegen des Sachzusammenhangs mit der Sozialversicherung zum Gegenstandsbereich des Art. 74 Nr. 12 GG gehört.³⁶ Daraus ergibt sich, dass Regelungen über die vertragsärztliche Zulassung, Berufsausübung und Vergütung ihrerseits entweder selbst funktional auf die Sozialversicherung bezogen sein oder in untrennbarem Sachzusammenhang mit solchen funktional bezogenen Regelungen stehen müssen.³⁷

Für die Qualifikation einer zu beurteilenden gesetzlichen Regelung in Bezug auf den Kompetenztitel kommt es auf den Gegenstand und den Zweck der Regelung an, wobei Gegenstand einer Regelung die von ihr gesetzte Rechtsfolge ist. Hinsichtlich einer Bestimmung im SGB V, durch die geregelt würde, dass auch juristische Personen des Privatrechts als integrierte Versorger in Betracht kommen und dass dies auch für die ambulante ärztliche Behandlung als Sachleistung der GKV gilt, dürfte kaum zu bestreiten sein, dass sowohl nach Regelungsgegenstand als nach dem Zweck allein das Leistungserbringungsrecht der GKV geregelt wird.

³⁴ Siehe aber auch die entgegenstehende Rechtsprechung; z.B. OVG Münster v. 14.09.2000, MedR 2001, 150 ff.; BayVerfGH v. 13.12.1999, NJW 2000, 3418(3420); zur Kritik dieser Ansicht mit weiteren Nachweisen Bachmann (2001).

³⁵ Siehe statt vieler Degenhart (1999), Rz. 53.

³⁶ Auf die Abgrenzung dieser beiden jedenfalls sehr eng beieinander liegenden Begriffe kommt es hier nicht an; siehe dazu mit weiteren Nachweisen Ibid., Rz. 30 ff.

³⁷ Zu den Maßstäben für die Anerkennung einer Annexkompetenz durch das BVerfG siehe BVerfGE 22, 180 (109); 77, 288 (299).

Allerdings ist eine solche Zulassung juristischer Personen von der Frage zu unterscheiden, ob Ärzte selbst in solchen juristischen Personen ärztlich tätig sein dürfen. Und diese Frage – welche Tätigkeit darf ein Arzt in welchen Konstellationen beruflich ausüben? – ist vom Gegenstand her kaum der Sozialversicherung zuzuordnen. Allenfalls – und dafür sprechen durchaus gute Gründe – könnte der Zweck der Regelung, nämlich das Ziel, integrierte Versorgung „aus einer Hand“ zu ermöglichen, für die Bundeskompetenz sprechen, gesetzlich zu regeln, dass Ärzte befugt sind, als Angestellte eines integrierten Versorgers ambulante Krankenbehandlung zu leisten. Dies ist jedoch mit einer wohl erst durch eine Entscheidung des BVerfG zu beseitigenden Unsicherheit verbunden.

4.1.5.3 Vorschläge für eine gesetzliche Regelung

Vor dem geschilderten Hintergrund empfiehlt sich für eine bundesgesetzliche Umsetzung der Möglichkeit integrierter Versorgung durch juristische Personen des Privatrechts eine Kombination folgender Regelungen:

1. Ergänzung von § 30 GewO durch eine Bestimmung, die sich auf nichtstationäre, von juristischen Personen des Privatrechts betriebene Einrichtungen bezieht (das würde auch das Problem lösen, das für solche Einrichtungen die Aufsichtsinstrumente für Krankenhäuser und für freiberufliche Praxen nicht greifen);
2. Aufnahme einer ausdrücklichen Regelung in § 140b SGB V, das juristische Personen des Privatrechts Vertragspartner für jegliche Form integrierter Versorgung sein können. (Evtl. klarstellende Anerkennung der berufsrechtlichen Vorschriften, wonach ärztliche Tätigkeiten nur unter ärztlicher fachlicher Leitung stehen dürfen).

Dies dürfte für die oben unter (4) zusammengefassten Länder ausreichen. Allein für Länder, die eine Regelung vom Typ (3) vorsehen oder gar noch deutlicher regeln, dass sie ambulante ärztliche Behandlung in der Rechtsform juristischer Personen des Privatrechts verbieten, stellt sich das prinzipielle Problem der Zuordnung bundes- und landesrechtlicher Kompetenz.

Um auch eine insoweit bestehende mögliche Lücke für die Entstehung integrierter Versorgung „aus einer Hand“ zu schließen, käme in Betracht:

3. Eine Regelung, die den Tatbeständen, die die Kassen zur Schaffung von Eigeneinrichtungen ermächtigen, eine Bestimmung hinzufügt, wonach Kassen Eigeneinrichtungen zur integrierten ambulanten Versorgung (nur dafür besteht unter dem hier diskutierten Aspekt Bedarf) schaffen können, sofern es landesrechtlich unzulässig ist, im

Rahmen der GKV ambulante Krankenbehandlung durch juristische Personen des Privatrechts zu erbringen.

4.1.6 Ermöglichung der Arzneimittelversorgung durch integrierte Versorger

Die integrierte Versorgung zielt bislang vor allem auf die Integration des ambulanten und stationären Sektors ab und bietet die Möglichkeit, von einer Reihe sektorspezifischer Regulierungen abzuweichen. Eine solche Möglichkeit muss für alle Versorgungsbereiche geschaffen werden, insbesondere auch für die Abgabe von Arzneimitteln. Damit könnten integrierte Versorgungsformen Arzneimittel direkt beim Großhandel oder den pharmazeutischen Herstellern beziehen und preiswerter an ihre Patienten abgeben, als dies in öffentlichen Apotheken der Fall ist. Soweit dies eine Einbeziehung selbständiger Apotheker, d.h. der Apotheken als Unternehmen betrifft, bedarf es auch hier einer Koordinierung mit dem einschlägigen Berufs- und Arzneimittelrecht.

Zum Konzept der integrierten Versorgung gehört aber auch, das als integrierte Versorger auftretende juristische Personen selbst, also ohne Einschaltung selbständiger Apotheker, die Versicherten mit Arzneimitteln versorgen können. Hierzu bedarf es entsprechender Änderungen des Apothekenrechts. Für diesen Bereich gibt es kein spezifisches Problem der Zuordnung zum Landesrecht, da die Gesetzgebungskompetenz des Bundes aus Art. 74 Abs. 1 Nr. 19 GG zur Regelung des Verkehrs mit Arzneimitteln die hier vorzusehenden Bestimmungen umfasst.

Als Regelung bietet sich an:

1. Änderung des Apothekengesetzes dahingehend, das grundsätzlich die Vorschriften über Krankenhausapotheken auf solche Personen oder Gesellschaften anzuwenden sind, die mit einer Krankenkasse einen Vertrag über die Arzneimittelversorgung umfassende integrierte Versorgung abgeschlossen haben (z.B. durch Einfügung einer entsprechenden Ziffer 4 in § 14 Abs. 6 S. 2);
2. Normierung von Sondervorschriften für Apotheken integrierter Versorger (gegenüber den Bestimmungen über KH-Apotheken, die hier nicht passen; z.B. umfassende Ermächtigung zur auch ambulanten Versorgung der zugehörigen Versicherten);
3. Änderung von § 8 ApoG dahingehend, dass das gemeinsame Betreiben einer Apotheke im Rahmen eines integrierten Versorgers nach dem neuen § 14 Abs. 6 S. 2 Nr. 4 ApoG nicht ausgeschlossen ist;

4. Ergänzung von § 26 ff. Apothekenbetriebsordnung im Hinblick auf den neu geschaffenen Apothekentyp;
5. Ergänzung von § 1 Abs. 3 Arzneimittelpreisverordnung ebenfalls im Hinblick auf den neu geschaffenen Apothekentyp.

Alternativ käme in Betracht, durch Änderung des Arzneimittelgesetzes (§ 47 AMG) einen eigenständigen Vertriebsweg für Arzneimittel über integrierte Versorger zu schaffen. Dies würde aber wohl die gesamte Konzeption des Arzneimittelvertriebs über Apotheken in Frage stellen.

4.1.7 Entwicklungs- und Förderbedarf

Integrierte Versorger stehen vor bislang ungekannten betriebswirtschaftlichen Herausforderungen. Massiver Entwicklungs- und Förderbedarf besteht vor allem im Hinblick auf leistungsorientierte integrierte Vergütungssysteme (morbidity-adjustierte Kopfpauschalen) sowie auf betriebswirtschaftliche Konzepte für managementfähige Angebotsformen der integrierten Versorgung einschließlich interner Vergütungsstrukturen für die an der integrierten Versorgung Beteiligten (Jacobs/Schröder 2002). Die Bewältigung dieser Herausforderungen ist notwendige Voraussetzung für den Erfolg der integrierten Versorgung. Hierin besteht deshalb eine unverzügliche Aufgabe für staatliche Förderung von Forschung und Entwicklung. Darüber hinaus sollte das Instrumentarium der Wirtschaftsförderung auch für die Entwicklung innovativer Formen der Gesundheitsversorgung genutzt werden, um die Anreize für Investoren zu erhöhen. Zu denken wäre insbesondere an befristete Steuererleichterungen und öffentliche Bürgschaften in der Anlaufphase.

4.2 Abbau von Überregulierung in anderen Leistungsbereichen

Durch die Reform der integrierten Versorgung, die Eröffnung einer „selektiven Vertragsschiene“ sowie die vorgeschlagenen Lockerungen im ambulanten Kollektivvertragssystem wird ein deutlicher Impuls zur Entwicklung innovativer Versorgungsformen bewirkt. Damit dürfte sich der Anteil der über Kollektivverträge finanzierten Leistungen nach und nach reduzieren. Um auch die Anreize für mehr Vertragswettbewerb außerhalb der integrierten Versorgung kurzfristig zu erhöhen, sind sämtliche kollektiven Steuerungsinstrumente mit dem Ziel des Abbaus von Überregulierung in allen Leistungsbereichen auf den Prüfstand zu stellen. Dies bezieht sich insbesondere auf den Krankenhausbereich, aber auch die anderen Leistungsbereiche.

4.2.1 Einstieg in den Vertragswettbewerb bei den Krankenhäusern

Der Krankenhaussektor befindet sich mit der Einführung der DRGs gegenwärtig in einer tiefgreifenden Umstellung. Gleichzeitig ist allerdings der ordnungspolitische Rahmen für den Zeitraum nach der Konvergenzphase (ab 2007) noch nicht abgegrenzt. Es bietet sich an, den Übergang in das voll ausgebaute DRG-System mit einem Einstieg in Vertragswettbewerb in diesem Bereich zu verbinden.

Wie bereits beschrieben, ist in einem System des Vertragswettbewerbs auf längere Sicht für eine staatliche sektorale Planung kein Platz mehr, an ihre Stelle sollte vielmehr die Monitoring-Funktion der Länder auf der Grundlage bundeseinheitlicher Kriterien treten (vgl. Abschnitt 3.2.4). In einer Übergangszeit wäre es allerdings auch schon ein Schritt in diese Richtung, wenn an die Stelle der Planung von Kapazitäten die Vorgabe von zu kontrahierenden Leistungsmengen (z.B. je 10.000 Versicherte) träte. Die Definition der zu kontrahierenden Leistungsmengen könnte etwa vom Regulierungsausschuss GKV vorgenommen werden.

Ein wesentlicher Schritt in Richtung mehr Vertragsfreiheit könnte in diesem Kontext dann erfolgen, wenn kassenindividuell freigestellt würde, von welchen Krankenhäusern die einzelnen Krankenkassen die vorgegebenen Leistungsmengen kontrahieren würden. Den Vertragspartnern könnten dabei zudem Abweichungen vom landesweit einheitlichen Basisfallwert in der Vergütung ermöglicht werden.

Wesentlich weniger weitgehend wäre hingegen ein Vorschlag, das System der Krankenhausplanung und –finanzierung in der Übergangszeit unverändert zu lassen, jedoch Möglichkeiten zu kassenindividuellen Vereinbarungen mit Krankenhäusern, etwa über kassenspezifische Budgets, über kassenspezifische Basisfallwerte nach Einführung der DRGs oder – im Fall überregional einheitlicher Basisfallwerte – über kassenspezifische Zu- und Abschläge einzuführen. Im Krankenhaus wird mit der Einführung der DRGs der bislang in gewissem Umfang bestehende – wenngleich angesichts höchst unterschiedlicher Leistungsstrukturen keine angemessenen Preissignale liefernde – Preiswettbewerb beseitigt. Es erscheint sinnvoll, als Minimallösung einer stärker wettbewerblichen Orientierung die Möglichkeit zu eröffnen, auf Basis der DRGs als einheitliche Produktdefinitionen kassenindividuelle Abweichungen von einheitlichen Basisfallwerten zuzulassen. Dies kann mit Vereinbarungen über die Mengensteuerung verbunden werden.

4.2.2 Einstieg in den Vertragswettbewerb bei Leistungserbringern von Rehabilitationsleistungen, Heilmitteln und Hilfsmitteln

Bei den Vertragsbeziehungen zwischen Krankenkassen und Rehabilitationseinrichtungen bestehen bereits heute vergleichsweise große Gestaltungsmöglichkeiten für beide Vertragspartner. Eine weitere wettbewerbliche Öffnung sollte hier insbesondere kassenindividuelle Versorgungsverträge mit Rehabilitationseinrichtungen ermöglichen. Auch hierdurch kann den kassenspezifischen Besonderheiten in den Versichertenstrukturen und der Leistungssteuerung besser Rechnung getragen werden. Unabhängig davon sind die Vorschriften über den Abschluss von Versorgungsverträgen mit Rehabilitationseinrichtungen mit dem Ziel der Klärstellung zu modifizieren, dass Versorgungsverträge mit Rehabilitationseinrichtungen nur gemäß dem Bedarf abzuschließen sind.

Auch im Bereich der Versorgung mit Heilmitteln und Hilfsmitteln erscheint eine rasche wettbewerbliche Öffnung realisierbar: Die einzelnen Krankenkassen könnten hierzu ermächtigt werden, Verträge auch mit einzelnen Leistungserbringern zu schließen und nicht mehr mit allen Leistungsanbietern kontrahieren zu müssen. Zu den in diesem Zusammenhang bestehenden vergabe- und wettbewerbsrechtlichen Fragen siehe Abschnitt 3.2.3. Auch für diese Leistungsbereiche könnte vorgesehen werden, dass gegen entsprechenden „Aufpreis“ eine freie Wahl der Leistungserbringer möglich bleibt (dazu 3.2.1.3).

4.3 Verbesserung der Datengrundlagen

Mehr Vertragswettbewerb erfordert umgehend die *Verbesserung der verfügbaren Datengrundlagen* für Leistungserbringer und Krankenkassen. Ausreichende Daten zu Kosten und Leistungen sind insbesondere für die an integrierten Versorgungsformen Beteiligten eine wesentliche Grundbedingung, da sie einerseits die erforderlichen Kalkulationsgrundlagen für den Aufbau der internen Organisationsstrukturen (einschließlich interner Anreiz- und Vergütungsstrukturen) sowie andererseits für die Entwicklung zweckmäßiger sektorübergreifender Vergütungssysteme bilden. Auch für die Verträge zwischen integrierten Versorgungseinrichtungen und Krankenkassen müssen auf der Basis ausreichender Daten Vereinbarungen zu Leistungen und Vergütungsformen (z.B. morbiditätsadjustierte Kopfpauschalen) getroffen werden. Aber auch jenseits integrierter Versorgungsformen werden für Einzelverträge versichertenbezogene Leistungsdaten die maßgebliche Berechnungsgrundlage für neue Vergütungs- und Leistungsvereinbarungen bilden. Dies gilt z.B. auch für mögliche Pauschalvergütungen für die hausärztliche Versorgung.

Zur Verfügbarkeit aller erforderlichen Daten muss das derzeit für große Teile der ambulanten ärztlichen Versorgung bestehende Datenmonopol der Kassenärztlichen Vereinigungen aufgehoben werden. Dabei ist sicherzustellen, dass der Datenschutz in jedem Fall gewahrt bleibt.

4.4 Übergang vom Zulassungsmodell in das wettbewerbliche Vertragsmodell

Die beiderseitigen faktischen „Kontrahierungszwänge“ im Rahmen sektorengebundener Zulassungssysteme, die wesentlich durch die Prinzipien „gemeinsam und einheitlich“ und „verbandseinheitlich“ geprägt sind, stellen ein erhebliches Hindernis auf dem Weg zu mehr Qualität und Wirtschaftlichkeit durch Vertragswettbewerb dar. Das kollektiv organisierte öffentlich-rechtliche Zulassungssystem mit kollektiven Preisvereinbarungen der zugelassenen Leistungserbringer mit den Krankenkassenverbänden ist daher durch ein Vertragssystem zwischen einzelnen Krankenkassen und interessierten Leistungserbringern für jeweils zu spezifizierende Versorgungsaufträge zu ersetzen. Im Folgenden werden drei Varianten der Überführung des heutigen kollektiv organisierten öffentlich-rechtlichen Zulassungssystems in ein Modell einzelvertraglich begründeter Leistungsverhältnisse mit Fokus auf dem ambulanten Bereich behandelt.³⁸

4.4.1 Variante 1: Sofortige Beendigung des Zulassungssystems

Bei diesem Vorschlag würden zum Zeitpunkt des Übergangs vom „alten“ zum „neuen“ System (im Folgenden wird exemplarisch davon ausgegangen, dass der Systemwechsel grundsätzlich zum 1.1.2004 beginnt) die bisherigen Zulassungen erlöschen. Von diesem Zeitpunkt an können niedergelassene Ärzte nur dann und insoweit zulasten der gesetzlichen Krankenkassen abrechnen, wie sie – sei es allein, in Gemeinschaften mit anderen Ärzten oder in Kooperationsbeziehungen mit Krankenhäusern, Anbietern der integrierten Versorgung etc. – über entsprechende selektive Verträge mit Krankenkassen verfügen. Auch „neue Typen“ von Leistungserbringern, wie integrierte Versorger, aber auch Krankenhäuser, für die nach der bisherigen Systematik keine Zulassung zur GKV-Versorgung im ambulanten Bereich in Betracht kommt, können sich um Verträge für das entsprechende ambulante Leistungssegment bewerben. Die bisherigen auf dem Zulassungssystem basierenden Kollektivverträge zwischen Krankenkassenverbänden und Kassenärztlichen Vereinigungen entfallen.

³⁸ Für die mögliche Gestaltung eines Übergangmodells im stationären Bereich wird siehe Abschnitt 4.2.1.

Vorteilhaft an dieser Regelung ist, dass das neue System unverzüglich eingeführt wird, damit die erwarteten Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitsanreize rasch realisiert werden können. Die „kritische Masse“ an Leistungserbringern, mit denen die einzelnen Krankenkassen über Vertragswettbewerb die Leistungen für ihre Versicherten beschaffen, ergibt sich unmittelbar. Auch die Chance, dabei in stärkerem Umfang integrierte Versorgungsformen durchsetzen zu können, ist gegeben, weil auch die Krankenhäuser und die integrierten Versorger „neuen Typs“ zur ambulanten Versorgung von GKV-Versicherten zugelassen werden.

Problematisch an dieser Regelung ist zunächst das ihr immanente extrem hohe Konfliktpotenzial: Wenn alle niedergelassenen Ärzte (oder konsequent zu Ende gedacht: alle Leistungserbringer generell) nur noch einzeln oder in Gemeinschaft mit anderen über selektive Verträge mit den Krankenkassen Leistungen im Rahmen der GKV erbringen können, könnte dies zu erheblichen gesellschaftlichen und politischen Auseinandersetzungen führen.

Aber auch in verfassungsrechtlicher Hinsicht (Vertrauensschutz; Gebot einer „weichen Überleitung“) bedürfte dieses Modell gründlicher Prüfung, die erst möglich wäre, wenn die wesentlichen Elemente fixiert wären. Ohne einen angemessenen finanziellen Ausgleich wären jedenfalls längere Übergangszeiten verfassungsrechtlich geboten. Verfassungsrechtlich zulässig wäre aber ein definitives Erlöschen der im bisherigen System erteilten Zulassungen verbunden mit der Möglichkeit der Einbeziehung in das neue Vertragssystem nach einem hinreichend langen Übergangszeitraum, der die Amortisation getätigter Investitionen berücksichtigen müsste.

4.4.2 Variante 2: Obligatorisches Vertragssystem für neue Leistungserbringer

In diesem Vorschlag würde der Zugang der Leistungserbringer für den Bestand und für neu hinzukommende Leistungserbringer unterschiedlich geregelt: Niedergelassene Ärzte, die bis zum 31.12.2003 über das öffentlich-rechtliche Zulassungssystem den Status als Vertragsarzt erworben haben, können diesen Status weiterhin – für eine mehrjährige Übergangszeit (s.o.) – behalten. Sie erhalten jedoch eine Option, aus dem kollektiven Zulassungssystem auszusteigen und in das selektive Vertragsmodell zu wechseln. Diese Option kann generell, aber auch beschränkt auf bestimmte Leistungsbereiche eröffnet werden. Demgegenüber können ab dem 01.01.2004 neu in das System hineinstrebende Ärzte nur noch über selektive Verträge, die sie allein, in Gemeinschaft mit anderen Ärzten oder mit anderen Leistungserbringern mit einzelnen Krankenkassen schließen, Leistungen zulasten der GKV erbringen. Entsprechendes würde für zugelassene Krankenhäuser gelten. Auch Krankenhäuser und integrierte Versorger

„neuen Typs“ können sich um selektive Verträge der Erbringung von ambulanten Leistungen für GKV-Versicherte bei Krankenkassen bewerben. Die Bewerbung um selektive Verträge durch Krankenhäuser kann parallel zu einer ggf. vorgenommenen generellen Öffnung bestimmter Teilsegmente ambulanter Versorgung für die Krankenhäuser durch den Gesetzgeber ermöglicht werden.

Vorteilhaft an dieser Regelung ist zunächst, dass das Konfliktpotenzial deutlich geringer ist, weil die große Gruppe des Bestands an niedergelassenen Ärzten zunächst nicht direkt betroffen ist und allenfalls am Ende einer mehrjährigen Übergangszeit ebenfalls in das wettbewerbliche Vertragsmodell überführt wird. Im Wettbewerb zwischen dem Kollektivvertragsmodell und den selektiven Verträge kann sich die spezifische Leistungsfähigkeit der selektiven Verträge erweisen. Auch sind die verfassungsrechtlichen Übergangsprobleme in dieser Variante geringer. Zu prüfen ist, ob möglicherweise in einer gewissen Übergangsfrist aus Gründen des Vertrauensschutzes Ärzten (z.B. solchen, die am Krankenhaus tätig sind), die zum Zeitpunkt des Inkrafttretens der neuen Regelung kurz vor der Realisierung des Niederlassungswunschs stehen, noch die Möglichkeit eröffnet werden muss, für eine mehrjährige Übergangszeit über das kollektive Zulassungssystem tätig zu werden.

Nachteilig ist an dieser Lösung zunächst, dass für längere Zeit unterschiedliche Gruppen von Leistungserbringern geschaffen werden, für die verschiedene Spielregeln gelten. Nachteilig ist insbesondere auch, dass es relativ lange dauern könnte, bis eine „kritische Masse“ von neuen Verträgen zustande gekommen und das Kollektivvertragsmodell zu einer vergleichsweise unbedeutenden Restgröße geschrumpft ist. Allenfalls wenn leistungsfähige Ärzte in größerer Zahl die Möglichkeit sehen, ihre Situation durch einen Wechsel vom Zulassungssystem zum selektiven Vertragssystem zu verbessern (indem sie zum Beispiel im Rahmen integrierter Versorgungssysteme durch besseres Schnittstellenmanagement effizientere Versorgung mit höheren Einnahmen verbinden können), oder wenn von Krankenhäusern und integrierten Versorgern eine erhebliche Wettbewerbsdynamik ausgeht, könnte das selektive Vertragsmodell bereits auf absehbare Zeit nennenswerte Bedeutung erlangen.

Eine alternative Ausgestaltungsmöglichkeit dieses Modells kann auch darin bestehen, zwar den individuellen Anspruch der bereits heute zugelassenen Ärzte, Leistungen gegenüber Versicherten aller Krankenkassen zu deren Lasten erbringen zu können, für eine mehrjährige Übergangszeit beizubehalten, jedoch gleichzeitig das Kollektivvertragsregime zu beenden: Diese Ärzte erhielten vielmehr einen Rechtsanspruch auf Einzelverträge mit den Krankenkassen, die die bisherigen Bedingungen ihrer Tätigkeit im wesentlichen fortschreiben würden.

Gesamtverträge mit Kassenärztlichen Vereinigungen wären bei dieser Ausgestaltungsmöglichkeit auch in der Übergangszeit nicht mehr erforderlich.

4.4.3 Variante 3: Wahlmöglichkeit für Bestand und Neuzugang

Analog zu Variante 2 würden auch bei diesem Vorschlag die bisher über das kollektive Zulassungssystem tätigen Ärzte diesen Status behalten und eine Option erhalten, vom Zulassungssystem in das selektive Vertragssystem zu wechseln. Darüber hinaus würden bei dieser Variante auch die neu eine Tätigkeit im Rahmen der GKV beabsichtigenden Ärzte eine solche Wahlmöglichkeit zwischen der Tätigkeit im Rahmen des kollektiven Zulassungssystems oder des selektiven Vertragssystems erhalten. Erst am Ende einer längeren Übergangszeit würde das kollektive Zulassungsmodell geschlossen und in ein selektives Vertragssystem überführt. Krankenhäuser und integrierte Versorger „neuen Typs“ können sich nur im Rahmen des selektiven Vertragssystems um die Teilnahme an der Versorgung von GKV-Versicherten bei Krankenkassen bewerben.

Vorteilhaft an diesem Modell ist, dass es das geringste politische und gesellschaftliche Konfliktpotenzial aufweist: Kein Arzt würde plötzlich mit einer neuen (und unerwarteten) Situation konfrontiert, sondern alle Ärzte erhielten lediglich eine zusätzliche Wahloption hinsichtlich der Vertragsgrundlagen ihrer Tätigkeit im Rahmen der GKV. Völlig konfliktfrei dürfte aber auch die Einführung dieses Modells nicht sein, da auch hier das erklärte Ziel des Einstiegs in den Ausstieg aus dem kollektiven Zulassungsmodell unbestritten bestehen bleibt.

Nachteilig ist an diesem Modell, dass im Vergleich zu Variante 2 noch weniger Gewissheit besteht, dass auf absehbare Zeit eine nennenswerte „kritische Masse“ an Leistungserbringern außerhalb des kollektiven Zulassungsmodells zustande kommen wird. Die erwartete Verbesserung von Wirtschaftlichkeit und Qualität der Versorgung, die von einer Flexibilisierung des Vertragsrechts ausgehen soll, könnte daher zumindest auf mittlere Sicht ausbleiben. Allenfalls über Krankenhäuser oder integrierte Versorger dürfte in diesem Fall eine entsprechende Dynamik zu erwarten sein.

Die vorstehenden Ausführungen haben gezeigt, dass ein grundsätzliches Spannungsverhältnis zwischen Konfliktträchtigkeit und Wirkungskraft bei der Ausgestaltung des Übergangs vom Zulassungssystem zum Vertragssystem besteht. Einiges spricht dafür, die zweite der drei behandelten Varianten zu implementieren: Nach einer eher knapp bemessenen Übergangsfrist, in der Ärzte, die unmittelbar „auf dem Sprung“ in die Niederlassung sind, noch über das kollektive Zulassungssystem den Zugang zur Versorgung der GKV-Versicherten erlangen kön-

nen, können neue Ärzte nur noch über selektive Verträge mit Krankenkassen in das GKV-System einsteigen. Hingegen gilt für die bereits im Rahmen des kollektiven Zulassungssystems tätigen Ärzte eine längere Übergangsphase, bis das System insgesamt in ein selektives Vertragssystem überführt wird.

4.4.4 Ausgestaltung der Vertragsbeziehungen im Übergangszeitraum

Entscheidet sich der Gesetzgeber für Variante 2 unter Beibehaltung des Kollektivvertragsregimes, ist der Übergangszeitraum durch eine Parallelität von zwei institutionellen Arrangements gekennzeichnet: Bereits niedergelassene Ärzte nehmen weiterhin aufgrund des Status als zugelassener Vertragsarzt an der Versorgung teil, während die neuen Ärzte (wie auch integrierte Versorger und Krankenhäuser) ebenfalls ambulante Versorgungsaufgaben wahrnehmen, allerdings im Rahmen des selektiven Vertragssystems.

Ärzte, die allein im Rahmen des selektiven Vertragssystems an der Versorgung teilnehmen, sind nicht mehr Mitglieder der Kassenärztlichen Vereinigungen. Ihre Rechte und Pflichten ergeben sich künftig nicht mehr durch die Regelungen, die in den Kollektivverträgen von Krankenkassenverbänden mit den Kassenärztlichen (Bundes-)Vereinigungen vereinbart werden. Vielmehr ist für sie der Inhalt der selektiven Verträge mit den Krankenkassen maßgeblich. Daraus folgt auch, dass die Kassenärztlichen Vereinigungen im Übergangszeitraum im Grundsatz nur noch für denjenigen Teil der ambulanten Versorgung Steuerungsfunktionen wahrnehmen, der durch kollektive Verträge gekennzeichnet ist.

Die im Rahmen des kollektiven Vertrags- und Zulassungssystems tätigen Ärzte sind hingegen weiterhin Mitglieder der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung. Ihre Rechte und Pflichten ergeben sich – im Rahmen der geltenden gesetzlichen Regelungen – aus den von der Kassenärztlichen Vereinigung mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen geschlossenen Verträgen und den übrigen Regelungen, die im kollektiven Vertragssystem (auch auf Bundesebene) vereinbart werden. Die institutionellen Regelungen des Kollektivvertragsrechts bleiben in dieser Übergangsphase grundsätzlich bestehen; dies gilt etwa für die Regelung der Versorgung über Bundesmantelverträge und Gesamtverträge sowie über die Schiedsamtbarkeit von Vertragsinhalten. Das bedeutet auch, dass sektorale Budgets im Übergangszeitraum kontinuierlich anzupassen und um selektiv kontrahierte Leistungen zu bereinigen sind (siehe auch 4.1.1). Entscheidungsstrukturen des kollektiven Vertragssystems, die mit der von Beginn an gewollten deutlichen Stärkung der integrierten Versorgung kollidieren, müssen allerdings modifiziert werden. So bedarf es von Beginn an einheitli-

cher, sektorenübergreifender Qualitätsindikatoren (vgl. Abschnitt 3.2.5); auch Regelungen über die Aufnahme neuer Leistungen in den Leistungskatalog können angesichts der Notwendigkeit der besseren Abstimmung und Integration der Versorgungsbereiche nicht länger zwischen den Sektoren divergieren (vgl. Abschnitt 3.2.1). Die Entscheidungskompetenzen in beiden Bereichen müssen daher von Beginn an von den bisherigen sektoral orientierten Entscheidungsstrukturen auf den neu zu schaffenden Regulierungsausschuss GKV verlagert werden.

Zudem sollte eine Option für Einzelkassen geschaffen werden, direkt – anstelle ihrer Verbände – Gesamtverträge mit den Kassenärztlichen Vereinigungen abschließen zu können, wenn auch diese hierzu bereit sind. Diese „Lockerung“ des Kollektivvertragsmodells ist insbesondere deshalb sinnvoll, weil es den einzelnen Krankenkassen dadurch ermöglicht würde, kassenspezifische Besonderheiten in die Vereinbarungen der Gesamtverträge einzubeziehen. Heute sind die einzelnen Kassen darauf angewiesen, innerhalb ihres Verbands (in dem teilweise erheblicher Wettbewerb zwischen unterschiedlich strukturierten Mitgliedskassen herrscht) eine Mehrheit für ihre Position zu finden. Mehrheitsentscheidungen innerhalb der Krankenkassenverbände zu Positionierungen in den Vertragsverhandlungen mit den Kassenärztlichen Vereinigungen nehmen damit auch Einfluss auf die relativen wirtschaftlichen Chancen und Risiken der Verbandsmitglieder untereinander. Wird den Einzelkassen dagegen eine individuelle Gesamtvertragsoption eröffnet, fallen Beteiligte und unmittelbar Betroffene von Gesamtverträgen auf der Kassenseite stärker zusammen.

Da die Kassenärztlichen Vereinigungen bereits heute mit mehreren Verbänden spezifische Gesamtverträge abschließen, ist dies im Grundsatz auch für die Kassenärztlichen Vereinigungen darstellbar. Es ist davon auszugehen, dass in erster Linie eine begrenzte Zahl größerer Krankenkassen von der Möglichkeit individueller Gesamtverträge Gebrauch machen wird. Optiert eine Krankenkasse für einen solchen separaten Gesamtvertrag mit einer dazu bereiten Kassenärztlichen Vereinigung, bezieht sich die Vertragsabschlusskompetenz und –verpflichtung des betroffenen Verbands nur noch auf die übrigen Krankenkassen. Die budgetierte Gesamtvergütung auf Verbandsebene ist entsprechend zu bereinigen.

Es sollte ferner die Möglichkeit für einzelne Krankenkassen oder Krankenkassenverbände geschaffen werden, gesonderte Arznei- und Heilmittelvereinbarungen mit den Kassenärztlichen Vereinigungen zu schließen. Insbesondere kann dadurch der Tatsache Rechnung getragen werden, dass bestimmte Steuerungsinstrumente, die zum Einsatz kommen sollen, im Hinblick auf unterschiedliche Versichertenstrukturen unterschiedlich geeignet sein können.

4.4.5 Sicherstellung der Versorgung im Übergangszeitraum

Derzeit ist in § 72 Abs. 1 SGB V geregelt, dass Ärzte, Zahnärzte, Psychotherapeuten und Krankenkassen zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung zusammenwirken. Diese Vorschrift regelt praktisch nichts; d.h., sie könnte ohne Rechtsfolgen gestrichen werden. In § 75 Abs. 1 SGB V ist der Sicherstellungsauftrag der KVen und der KBV für die vertragsärztliche Versorgung in dem durch § 73 Abs. 2 bezeichneten Umfang einschließlich des Notdienstes verbunden mit der Gewährleistungspflicht für die Erfüllung der gesetzlichen und vertraglichen Erfordernisse. Auch diese Bestimmung hat insofern keine besondere regulative Bedeutung, als alle konkreten Konsequenzen an anderen Stellen eigenständig geregelt sind. Immerhin drückt sie das Grundkonzept der vertragsärztlichen Versorgung aus, wonach KVen und KBV insoweit grundsätzlich umfassend und allein für die Leistungserbringung zuständig sind und dafür komplett durch die Gesamtvergütung honoriert werden. Dieses Konzept, das bereits durch die ambulanten Krankenhausleistungen nach §§ 115a ff. SGB V ein wenig relativiert ist, wird durch die eine zunehmende Zahl von Einzelverträgen, sofern diese aufgrund unmittelbarer Verträge zwischen Kassen und Leistungserbringern ohne Einschaltung der KVen stattfindet, zentral in Frage gestellt.

Die Aufgabe, den Versorgungsanspruch der Versicherten im Bedarfsfall zu erfüllen, liegt im Konzept des Vertragswettbewerbs grundsätzlich bei den Krankenkassen. Daher ist bereits mit Beginn der Einführung von Selektivverträgen, einschließlich solcher der integrierten Versorgung, das in Abschnitt 3.2.6 beschriebene Monitoring-System der Länder auf der Basis bundeseinheitlicher Kriterien möglichst unverzüglich einzuführen. Anfänglich ist in der Übergangssituation jedoch davon auszugehen, dass die Kassenärztlichen Vereinigungen den weit überwiegenden Teil der ambulanten Versorgung im Rahmen der mit ihnen geschlossenen Kollektivverträge organisieren. Vor diesem Hintergrund erscheint es insbesondere sinnvoll, ihnen die Organisation des Notdienstes in der Übergangsphase nach wie vor zu übertragen, zugleich aber zu gewährleisten, dass sich an der ambulanten (und integrierten) Versorgung teilnehmende Leistungserbringer, die über das selektive Vertragssystem einbezogen wurden, ebenfalls hieran beteiligen.

Da der Notdienst (auch heute) regional auf der Ebene der Landkreise und kreisfreien Städte organisiert wird, erachten wir folgende Regelung für sachgerecht: Solange in einem Landkreis oder einer kreisfreien Stadt die Versorgung mit ambulanten Leistungen überwiegend (d.h. zu mehr als 50 Prozent, festgemacht an der Zahl der einbezogenen Ärzte) über Ärzte erfolgt, die im Rahmen des Kollektivvertrags der Kassenärztlichen Vereinigungen aktiv sind, wird die

zuständige Kassenärztliche Vereinigung gesetzlich verpflichtet, den Notdienst zu organisieren. Die Ärzte, die über das selektive Vertragssystem an der Versorgung teilnehmen, werden gesetzlich verpflichtet, sich an dem von der Kassenärztlichen Vereinigung organisierten Notdienst zu beteiligen; die KV wird befugt, diese Ärzte in die Organisation des Notdienstes in angemessenem Umfang einzubeziehen. Hier könnte wie bisher eine Zusammenarbeit mit der Ärztekammer vorgesehen werden. Fällt die Quote der Kollektivverträge dagegen unter 50 Prozent, tragen die Krankenkassen die Verantwortung dafür, gemeinsam mit ihren Leistungserbringern – ebenfalls sinnvollerweise in Zusammenarbeit mit der Ärztekammer – Notdienste sicherzustellen, die auch die Mitglieder der KVen erfassen. Die hierfür erforderliche Kooperation der Kassen dürfte dann weiterhin und auf Dauer zu den Restbereichen kollektiv zu bewältigender GKV-Aufgaben gehören. Aufgabe der Länder ist es dann, im Rahmen des bevölkerungsbezogenen Monitoring-Systems zu prüfen, ob die Krankenkassen dieser Aufgabe in ausreichender Form nachkommen.

4.4.6 Qualitätssteuerung im Übergangszeitraum

Wie in Kapitel 3.2.5 ausgeführt, bieten Qualitätsindikatoren in einem System mit Vertragswettbewerb ein notwendiges und sinnvolles Instrumentarium zur Schaffung von Transparenz über die Qualität des Versorgungsgeschehens. Da davon auszugehen ist, dass die Qualität und ihre Dokumentation ein fester Bestandteil von selektiven Verträgen zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern sein werden, wird nachfolgend anhand einer fiktiven, in der Praxis aber durchaus vorstellbaren Situation ein möglicher Einsatz von Qualitätsindikatoren und deren Steuerungswirkung im Rahmen von Einzelverträgen beispielhaft illustriert. Der Einfachheit halber bleibt das Beispiel auf eine Neuordnung des vertragsärztlichen Bereichs beschränkt und klammert die mögliche Herausbildung sektorübergreifender integrierter Versorgungsformen aus.

In der Region Musterland mit einer Bevölkerung von ca. 200.000 Einwohnern waren bislang 320 niedergelassene Ärzte im Rahmen der von der KV im herkömmlichen Zulassungsmodell organisierten vertragsärztlichen Versorgung tätig, davon 120 Haus- und 200 Fachärzte. Es haben sich zwei Hausarztnetze A (in einer ländlichen Region) und B (in einer mittelgroßen Stadt) mit jeweils 35 Ärzten wie folgt gebildet: je 30 Ärzte sind aus dem bisherigen Zulassungsmodell der KV ausgetreten und je 5 bislang nicht zugelassene Ärzte sind neu in das Vertragssystem eingetreten. Beide Hausarztnetze haben mit den meisten Kassen einen Vertrag geschlossen, in dem sie auch die Budgetverantwortung für die Arzneimittelversorgung der in das jeweilige Netz im Rahmen eines Gate-keeping-Modells eingeschriebenen Versicherten

übernehmen. Gegen übermäßige Kostenrisiken (Fälle mit Jahreskosten über einem Betrag X) haben sich die Leistungsanbieter mit einer Rückversicherung abgesichert, bzw. sie erhalten für diese Fälle eine zusätzliche Vergütung von den jeweiligen Kassen. In der weiterhin kollektivvertraglich geregelten Versorgungsstruktur sind 60 Hausärzte und 200 Fachärzte verblieben („Rest-KV“).

Jährlich erscheint ein Qualitätsbericht der Netze A und B sowie der KV-Ärzte. Darin sind die Qualitätsindikatoren aus Anhang 7.3 dargestellt.

Alle drei Vertragspartner – die beiden Hausarztnetze und die („Rest“-)KV – haben neben allgemeinen Maßnahmen zur Verbesserung der Versorgungsqualität, insbesondere bei ausgewählten chronischen Erkrankungen folgende Zielvereinbarungen mit den Krankenkassen im Bereich Arzneimittel abgeschlossen: Kurzfristig sollen die Medikationsrisiken gesenkt werden, weil den Krankenkassen aufgefallen ist, dass ca. 5 % ihrer über 65-jährigen Versicherten in den letzten drei Jahren mindestens einmal wegen einer Medikamentenunverträglichkeit und/oder Medikamenteninteraktion stationär aufgenommen wurden. Patienten sollen besser als bisher über ihre Medikamente aufgeklärt, und der Antibiotikaeinsatz soll zur Vermeidung weiterer Resistenzentwicklung innerhalb von 5 Jahren deutlich verbessert werden.

Aufgrund ihrer unterschiedlichen Versorgungskonstellation haben Netz A und Netz B unterschiedliche Maßnahmen zur Erreichung ihrer Ziele gewählt:

- Netz A hat wegen der größeren räumlichen Distanz zur fachärztlichen Versorgungsebene (gemeint sind fachärztliche Spezialisten, die im Rahmen des Modells nur auf Überweisung tätig werden) mit den Fachärzten und den teilnehmenden Versicherten folgende Vereinbarung getroffen: Fachärztliche Verordnungen bei ihrem eingeschriebenen Klientel werden nur als Empfehlung ausgesprochen, die Ausstellung von Rezepten verbleibt (mit Ausnahme bei Notfällen) beim Hausarzt. Für die Medikamentenverordnungen bei chronisch Kranken haben die Praxen des Netzes mit 5 der 9 Apotheken im ländlichen Raum eine Vereinbarung getroffen: Bezüglich 30 wichtiger Wirkstoffe, die bisher einen Jahresumsatz von insgesamt 10 Mio. € in den Praxen des Netzes hatten, wird eine gemeinsame Arzneimittelliste vereinbart. Diese wollen die Praxen bevorzugt einsetzen. Die Zahl der Packungsgrößen und Darreichungsformen pro Wirkstoff wird drastisch reduziert.

Für diese Präparate bilden Netz und Apotheken eine Einkaufsgemeinschaft. Jedes Jahr wird die Belieferung der Apotheken mit diesen Wirkstoffen ausgeschrieben. Die erste Ausschreibung ergibt einen Preisvorteil von 10 % (1 Mio. €) gegenüber den bisherigen Kosten. Zusätzlich sinken die Bevorratungskosten um ca. 5.000 € p.a. und Apotheke. Diese Summe

wird von Apotheken und Netz zunächst re-investiert. Es werden Patientenbücher für chronisch Kranke angeschafft und gepflegt, die von den Ärzten insbesondere in Vertretungs- und Notdienstsituationen eingesetzt werden. Zusätzlich werden Patienteninformationsblätter für wichtige Medikationsbereiche entwickelt. Die Apotheker verpflichten sich, bei jeder Medikamentenabgabe an eingeschriebene Versicherte mit Patientenbuch, auch von freiverkäuflichen (OTC) Präparaten, einen Interaktionscheck vorzunehmen und dies ebenso wie die abgegebenen Medikamente im Patientenbuch zu vermerken. Weil bei den Apothekern jetzt auch zunehmend Beratungsleistungen wichtiger werden, beschließen sie, ihr Vergütungssystem umzustellen: Neben der bisherigen prozentualen Vergütung wird bei den eingeschriebenen Versicherten auch eine Beratungspauschale pro Rezept gezahlt, die aus den Einsparungen der Ausschreibung finanziert wird.

Innerhalb von drei Jahren erreicht das Netz eine Reduzierung der Zahl von über 65-jährigen Versicherten, die wegen Medikamentenunverträglichkeiten eingewiesen wurden um 50 %. Bezogen auf alle Krankenhauseinweisungen ergibt sich eine Reduzierung von 1,5 % gegenüber den Vorwerten.

- Netz B hat eine räumliche Nähe und eine gut etablierte Zusammenarbeit zur fachärztlichen Versorgungsebene vor Ort. Verordnungen von Spezialisten bei gemeinsamen Patienten werden aus dem Budget des Netzes bezahlt. Eine gute Abstimmung des gemeinsamen Verordnungsverhaltens soll über gemeinsame Leitlinien und Qualitätszirkel, Fallkonferenzen sowie ein fachübergreifendes Monitoring der Verordnungen erreicht werden. Obwohl es zwischen Hausärzten und Spezialisten eine gute Informationsbasis über den Medikamenteneinsatz und klare Vereinbarungen gibt, dauert es eine Weile, bis sich die Verordnungsgewohnheiten aufeinander eingespielt haben. Immer wieder gibt es Ausreißer, weil sich einzelne Praxen nicht an die Vereinbarungen halten wollen, was die Medikamentenkosten mehr als nötig steigen lässt. Interaktionschecks werden nicht durchgängig durchgeführt. Insgesamt ist das Netz aber nicht unzufrieden, immerhin zeigt sich nach allgemeiner Einschätzung eine nochmalige Verbesserung der Zusammenarbeit.

In der Kassenärztlichen Vereinigung sind 260 Ärzte verblieben. Es gibt zwar einen gewissen Überhang aus Facharztpraxen, die jedoch auch Patienten aus den Netzen A und B über Kooperationsverträge versorgen. Gegenüber den bisherigen Regularien hat sich nichts geändert. Gleichwohl ist die KV mehr denn je bemüht, ihre Mitgliedspraxen zu einem koordinierten Vorgehen zu motivieren, um mit Netz A und B konkurrieren zu können. Dies gelingt jedoch zunächst nur teilweise, weil hier eine ganze Reihe weniger aktive Praxen verblieben sind.

Nach Ablauf von drei Jahren zeigen die Basisindikatoren der drei Netze folgende Ergebnisse an (vgl. Tab. 2):

Tabelle 2: Ein erster Schritt zur mehr Transparenz durch Basisindikatoren

Indikator	Netz A	Netz B	KV- Ärzte
1. Teilnehmer und Leistungsprofil			
1.1 % Ärzte Ein- und Austritt	+ 10*	+ 10*	- 10*
1.2 % Versicherte Ein- und Austritt	+ 3	+ 1	- 1,5
1.3 wöchentl. Öffnungszeit pro Einrichtung	40	40	40
1.4 Notdienstversorgung (Erreichbarkeit, Wartezeiten)	+	+	+
1.5 Zahl der Versicherten pro Arztgruppe	1000	1000	1000
1.6 Alters- und Geschlechtsstruktur der Versicherten	+/-	+/-	+/-
1.7 Hausbesuche	+/-	+/-	+/-
2. Qualitätsfähigkeit/Qualitätsentwicklung			
2.1 % Ärzte Teilnahme an Qualitätszirkel (QZ)	95	80	70
2.2 Fortbildungspunkte (einschl. QZ) pro Arzt	100	80	80
2.3 Fortbildungsstunden pro Helferinnen/Pflegekraft	20	20	20
2.4 Anzahl eingesetzte, anerkannte Leitlinien	8	8	7
2.5 % Einrichtungen mit gezielten Maßnahmen zur Fehlerreduzierung	90	30	30
2.6 % Einrichtungen, die ein anerkanntes Qualitätsmanagement-Verfahren eingeführt haben	30	30	30
2.7 % Einrichtungen, die an einem einrichtungübergreifenden Benchmarking mit Qualitätsindikatoren teilnehmen	100	20	0
2.8 % Einrichtungen, die Benchmarking-Ergebnisse offenlegen	0	0	0
3. Medizinische Prozesse und Ergebnisse			
3.1 % chronisch Kranke, die an einem strukturierten Versorgungsprogramm (z.B. RSAV DMP) eingesch. sind	70	60	60
3.2 % Einrichtungen, die Zielvereinbarungen zum Medikamenteneinsatz eingehalten haben	80	60	50
3.3 Anzahl Probleme/Erkrankungen für die Patienteninformationen vorgehalten werden	8	0	5

3.4 Anzahl Erkrankungen/Probleme, für die präventive Maßnahmen angeboten werden	1	2	4
3.5 % Versicherte (kumulativ), die an präventiven Maßnahmen teilgenommen haben	30	20	30
3.6 Anzahl Probleme/Erkrankungen die über Qualitätsindikatoren erfasst werden	4	0	0
3.7 Anzahl Probleme/Erkrankungen die in einem einrichtungübergreifenden Benchmarking gemessen werden	4	0	0
3.8. Probleme/Erkrankungen mit Qualitätsindikatoren – Prozesse	3	0	0
3.9. Probleme/Erkrankungen mit Qualitätsindikatoren – Ergebnisse	1	0	0
3.10 % Patienten mit vermeidbarer Wiedereinweisung	1	1	1
3.11. Wartezeit auf ausgewählte chir. Eingriffe (Tage)	k.A.	k.A.-	30
4. Bewertung durch Versicherte/Patienten			
4.1. % Einrichtungen mit durchgeführter, anerkannter Versicherten/Patientenbefragung (alle 3 Jahre)	30	30	10
4.2. % Versicherte/Patienten mit Reklamationen/Beschwerden	10	10	10
4.3. % bearbeitete Reklamationen/Beschwerden	50	50	50
4.4. % Patienten, die die Einrichtung weiterempfehlen	98	90	80
4.5. % Ein- / bzw. Austritt von Versicherten	1,5/0,5	2,5/3,0	3,0/5,0

Anm.: * + bzw. - : Veränderung gegenüber Vorwert.

Zur Vereinfachung wird für alle sonstigen Angaben angenommen, dass die Werte zu Beginn des Vertragszeitraums überall gleich waren. Erkennbare Unterschiede zwischen den Netzen A und B bzw. den KV-Ärzten zeigen also tatsächliche Veränderungen im beobachteten Zeitraum an.

Nach drei Jahren wird eine erste Bilanz gezogen: Anhand der Basis-Qualitätsindikatoren zeigen sich schon erste Unterschiede zwischen den Netzen A, B und der („Rest“-)KV. Netz A schneidet bei der Erreichung der Zielvereinbarungen zum Medikamenteneinsatz deutlich besser ab als Netz B und die KV-Ärzte. Hinsichtlich der beabsichtigten Erfassung von unnötigen Krankenhauseinweisungen aufgrund von Medikamentenunverträglichkeiten/Interaktionen und der Verbesserung des Antibiotikaeinsatzes ist es weder Netz B noch der KV gelungen, valide Daten zu liefern.

Auf der Basis der dokumentierten Qualitätsindikatoren und Einsparererfolgen hat Netz A seine Position für nächste Verhandlungsrunde mit den Krankenkassen deutlich verbessert. Netz B kann einen entsprechenden Nachweis dagegen nicht erbringen. Die KV-Ärzte haben das ver-

einbarte Qualitätsziel nicht erreicht und müssen Abschläge befürchten³⁹. Für die Kassen ergibt sich zunächst in dieser Konstellation kein bzw. nur ein geringer Ausgabenvorteil, denn die Auswirkungen einiger Maßnahmen, wie z.B. der verbesserte Antibiotikaeinsatz, machen sich erst mittelfristig bezahlt. Hingegen wird insbesondere für die Versicherten in Netz A und in verminderter Intensität auch in Netz B und bei den KV-Ärzten die Qualität der medikamentösen Versorgung verbessert.

Insbesondere auf die KV-Ärzte wird erheblicher Wettbewerbsdruck ausgeübt, der noch dadurch verstärkt wird, dass verstärkt Ärzte aus der KV austreten und zu einem der beiden Hausarztnetze abwandern wollen. Hintergrund hierfür sind u.a. Arztwechsel von Patienten, die als Begründung auf Unterschiede in den Anstrengungen um die Versorgungsqualität verweisen, die in den jährlichen Qualitätsberichten der Versorgungseinrichtungen in Bezug auf die Basisindikatoren zum Ausdruck kommen.

In der weiteren Entwicklung werden die Netze A und B sowie die KV ihre Strategien überdenken und neu fokussieren, wie sie ihre Qualitätsziele erreichen wollen, um die Zielvereinbarungen mit den Vertragspartnern erfüllen zu können. Insbesondere stellt sich die Frage, wie die einzelnen Mitglieder besser dazu motiviert werden können, gemeinsame Absprachen einzuhalten, z.B. durch eine stärkere Qualitätsorientierung der internen Vergütungsregelungen (z.B. durch Anpassungen der jeweiligen internen Vergütungsstrukturen). Weiterhin werden Anstrengungen unternommen, die Informationsbasis zu verbessern, indem versucht wird, die Dokumentation innerhalb der Praxen zu verbessern und den internen Informationsfluss zu verstärken. Zudem werden die Anreize verstärkt, Versicherte und Patienten zu mehr eigenverantwortlichem Handeln und zur Einhaltung von Behandlungsvereinbarungen zu gewinnen. Diese orientieren sich, soweit möglich, an evidenzbasierten Leitlinien. Die Anbieter versuchen, über die Leitlinien ihr diagnostisches Vorgehen zu systematisieren und aus den Therapieoptionen in gemeinsamer Entscheidungsfindung mit den Patienten die im jeweiligen Fall jeweils optimale Herangehensweise zu finden. Die Hausärzte in den Netzen A und B, die von vielen Versicherten wegen zunächst unspezifischer Probleme in Anspruch genommen werden, stellen ihr Dokumentationssystem soweit um, das es ihnen erlaubt, die Beratungsanlässe und Behandlungsverläufe besser zu verstehen und einer somatischen Fixierung vorzubeugen.

³⁹ Eine qualitätsorientierte Vergütung wird nicht nur in außereuropäischen Vertragsmodellen eingesetzt, sondern auch innerhalb Europas in mehreren Ländern wie z.B. Norwegen und den Niederlanden erprobt. Am weitesten geht derzeit die britische Diskussion, bis zu 50 % der Vergütung im ambulanten Bereich von der Erreichung von Qualitätszielen abhängig zu machen (vgl. Shekelle 2003).

5 Literatur

- Bachmann, G. (2001). "Juristische Person und freier Beruf." *Neue Juristische Wochenschrift (NJW)* 54(46): 2285-86.
- Bechtold, R. (2002). *Kartellgesetz gegen Wettbewerbsbeschränkungen. Kommentar.* München, Beck.
- Bill, C. (2000). "Gesetzliche Krankenversicherung und Wettbewerb im Lichte des GKV Gesundheitsreformgesetzes 2000." *Die Sozialgerichtsbarkeit* 47(8): 359-61.
- Cornils, M. (2001). "Vertragsfreiheit und kartellrechtlicher Kontrahierungszwang." *Neue Juristische Wochenschrift (NJW)* 54(48): 3758-60.
- Degenhart, C. (1999). *Art. 70. Grundgesetz. Kommentar.* M. Sachs. München, Beck.
- Ebsen, I. (2000). "Öffentlich-rechtliches Handeln von Krankenkassen als Gegenstand des Wettbewerbsrechts? Probleme materiellrechtlicher und kompetenzrechtlicher Koordination." *Zeitschrift für Sozialreform* 46(4): 298-314.
- Gangster, G. (2000). "Kooperationsmöglichkeiten für Freie Berufe und berufsrechtlicher Vorbehalt. Das Beispiel der ärztlich betriebenen ambulanten Heilkunde-Kapitalgesellschaft." *Arzt und Recht*: 154-56.
- Greß, S. (2002). "Freie Kassenwahl und Preiswettbewerb in der GKV - Effekte und Perspektiven." *Vierteljahreshefte zur Wirtschaftsforschung* 71(4): 490-97.
- Hänlein, A. (2001). *Rechtquellen im Sozialversicherungsrecht. System und Legitimation untergesetzlicher Rechtsquellen des deutschen Sozialversicherungsrechts.* Berlin, Springer.
- Heintzen, M. (2001). "Vergabefremde Ziele im Vergaberecht." *Zeitschrift für das gesamte Handelsrecht und Wirtschaftsrecht* 165: 62-78.
- Hibbard, J./P. Slovic/E. Peters/M. Finucane (2002). "Strategies for Reporting Health Plan Performance Information to Consumers: Evidence from Controlled Studies." *Health Services Research* 37(2): 291-313.
- Jacobs, K./P. Reschke/D. Cassel/J. Wasem (2002). *Zur Wirkung des Risikostrukturausgleichs in der gesetzlichen Krankenversicherung. Eine Untersuchung im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit.* Baden-Baden, Nomos.

- Jacobs, K./W. F. Schröder (2002). Wettbewerb als Motor der Integration? Krankenhaus-Report 2002. M. Arnold, J. Klauber, H. Schellschmidt. Stuttgart, Schattauer: 103-12.
- Katzenmeier, C. (1998). "Kapitalgesellschaften auf dem Weg der Heilkunde." *Medizinrecht* 16(2): 113-18.
- McGlynn, E. A. (2003). "Introduction and Overview of the Conceptual Framework for a National Quality Measurement and Reporting System." *Medical Care* 41(Suppl. 1): I-1 - I-7.
- Möller, H. (2001). "Die Stellung der "gesellschaftlich relevanten Gruppen" im öffentlich-rechtlichen Rundfunk." *AfP: Zeitschrift für Medien- und Kommunikationsrecht* 32(4): 275-80.
- Neumann, V. (2002). "Solidarische Wettbewerbsordnung statt Vertragsarztrecht?" *Neue Zeitschrift für Sozialrecht* 11: 561-66.
- Noch, R. (2002). *Vergaberecht kompakt: Verfahrensablauf und Entscheidungspraxis*. Düsseldorf, Werner.
- Nofitz, W. (2002). "Urteilsanmerkung." *Die Sozialgerichtsbarkeit* 49: 693-94.
- Nolting, H.-D./J. Wasem (2002). *Der Patient vor der Wahl - Durch mehr Wissen zu mehr Verantwortung: Ergebnisse der Janssen-Cilag Bevölkerungsbefragung 2002*. Neuss, Janssen-Cilag.
- OECD (2002). *OECD Health Data 2002: A Comparative Analysis of 30 Countries*. Paris, OECD.
- Pabst, H.-J. (2002). "Das Vierte Kapitel SGB V und sein Verhältnis zum Vertragsrecht nach SGB X." *Die Sozialgerichtsbarkeit* 49(9): 475-80.
- Peikert, P./M. Kroel (2001). "Das GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000 und die Auswirkungen auf kartellrechtliche Streitigkeiten zwischen Leistungserbringern und den Institutionen der gesetzlichen Krankenversicherung und Dritten, insbesondere den Rechtsweg betreffend." *Medizinrecht* 19(1): 14-20.
- Rat der Europäischen Union (2002). *Vorschlag für eine Richtlinie des Europäischen Parlaments und des Rates über die Koordinierung der Verfahren zur Vergabe öffentlicher Bauaufträge, Lieferaufträge und Dienstleistungsaufträge*. Brüssel.
- Rieger, H.-J. (1995). "Die Heilkunde-GmbH in der Rechtsprechung unter besonderer Berücksichtigung des Verfassungsrechts." *Medizinrecht* 13(3): 87-90.

- Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (2002). Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit. Gutachten 2000/2001. Band III: Über-, Unter- und Fehlversorgung. Baden-Baden, Nomos.
- Schellhorn, M. (2002). "Auswirkungen wählbarer Selbstbehalte in der Krankenversicherung: Lehren aus der Schweiz?" Vierteljahreshefte zur Wirtschaftsforschung 71(4): 411-26.
- Steinmeyer, H.-D. (2001). Kartellrecht und Krankenversicherung. Schriftenreihe des Deutschen Sozialrechtsverbandes. 48: 101-22.
- Shekelle, P. (2003). New contract for general practitioners. BMJ; 326: 457-458.
- Szecsényi, J./J. Stock (2002). "Gute Netze halten länger: Qualitätsindikatoren der AOK für Arztnetze." Gesundheit und Gesellschaft 5(10): 16-17.
- Wagner, C. (1990). Die Landesmedienanstalten. Organisation und Verfahren der Kontrolle privater Rundfunkveranstalter in der Bundesrepublik Deutschland. Baden-Baden, Nomos.
- Wasem, J./K. Jacobs/P. Reschke (1998). "Abgrenzung von Beitragssatzregionen und die Wettbewerbsordnung in der gesetzlichen Krankenversicherung." Gesundheitsökonomie und Qualitätsmanagement 3(2): 35-44.
- Werblow, A. (2002). "Alles nur Selektion? Der Einfluss von Selbsthalten in der Gesetzlichen Krankenversicherung." Vierteljahreshefte zur Wirtschaftsforschung 71(4): 427-36.
- Wigge, P. (1996). "Ärztliche Leistungserbringung durch Einzelverträge - Ein Zukunftsmodell für die Krankenversicherung?" Medizinrecht 14: 51-59.
- Zweifel, P./M. Breuer (2002). Weiterentwicklung des deutschen Gesundheitssystems. Gutachten im Auftrag des Verbands Forschender Arzneimittelhersteller. Zürich.

6 Abkürzungen

Abs.	Absatz
AMG	Arzneimittelgesetz
ApoG	Gesetz über das Apothekenwesen
BayVerfGH	Bayerischer Verfassungsgerichtshof
BGH	Bundesgerichtshof
BGHZ	Entscheidungen des Bundesgerichtshof in Zivilsachen
BSG	Bundessozialgericht
BSGE	Entscheidungen des Bundessozialgerichts
BverfG	Bundesverfassungsgericht
BverfGE	Entscheidungen des Bundesverfassungsgerichts
DKG	Deutsche Krankenhausgesellschaft
DRG	Diagnostic Related Group
EGV	Vertrag zur Gründung der Europäischen Gemeinschaft
EWG	Europäische Wirtschaftsgemeinschaft
GewO	Gewerbeordnung
GG	Grundgesetz für die Bundesrepublik Deutschland
GmbH	Gesellschaft mit beschränkter Haftung
GSG	Gesundheitsstrukturgesetz
GWB	Gesetz gegen Wettbewerbsbeschränkungen
HEDIS	Health Plan Employer Data and Information Set
KV	Kassenärztliche Vereinigung
KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung
KHG	Krankenhausfinanzierungsgesetz
MBO-Ä	Musterberufsordnung für die deutschen Ärztinnen und Ärzte
MedR	Zeitschrift Medizinrecht
NZS	Zeitschrift Neue Zeitschrift für Sozialrecht
OVG	Oberverwaltungsgericht

RSA	Risikostrukturausgleich
Rz.	Randziffer
SGB V, IX, XI	Sozialgesetzbuch, fünftes, neuntes und elftes Buch
UWG	Gesetz gegen den unlauteren Wettbewerb
VgV	VergabeVerordnung
VOF	Verdingungsordnung für freiberufliche Leistungen
VOL	Verdingungsordnung für Leistungen

7 Anhang

Anhang 7.1: Kollektive Regulierungen im Leistungs- und Leistungserbringungsrecht der GKV nach dem SGB V und dem KHG mit BPfIV ohne Sonderregelungen Ostdeutschland

Anhang 7.2: Landesrecht zur Frage einer Heilkunde-GmbH

Anhang 7.3: System von Basisindikatoren

**Anhang 7.1: Kollektive Regulierungen im Leistungs- und Leistungserbringungsrecht der GKV
nach dem SGB V und dem KHG mit BpflV ohne Sonderregelungen Ostdeutschland**

	Vorschrift (SGB V)	Gegenstand	Institution oder Instrument
1.	§ 20 I 3	Primärprävention	Spitzenverbände g.u.e.
2.	§ 20 I 3 i.V.m. II 1	betriebl. Gesundheitsförderung	Spitzenverbände g.u.e.
3.	§ 20 IV 2, 3	Förderung von Selbsthilfegruppen	Spitzenverbände g.u.e.
4.	§ 21 II 1	Förderung von Zahnprophylaxe bis zum 12. Lebensjahr a) Rahmenvereinbarungen auf Landesebene b) Rahmenempfehlungen	KK-Verbände g.u.e. mit Zahnärzten und Landesbehörden Spitzenverbände g.u.e.

5.	§ 22 V	Zahn-Individualprophylaxe	Bundesausschuß (Z)
6.	§ 23 V 3	Ausnahmen von zeitl. Begrenzung med. Vorsorgeleistungen	Spitzenverbände g.u.e.
7.	§ 24 II i.V.m. § 23 V 3	dito bei med. Vorsorge für Mütter	Spitzenverbände g.u.e.
8.	§ 25 IV 2	Vorsorgeuntersuchungen	Bundesausschuß
9.	§ 26 II	Kinderfrüherkennungsuntersuchungen	Bundesausschuß
10.	§ 27a IV	künstl. Befruchtung	Bundesausschuß
11.	§ 28 II 9	ausnahmsweise zu erbringende implantologische Leistungen	Bundesausschuß (Z)
12.	§ 30 IV 11	Heil- und Kostenplan bei Zahnersatz	BMV (Z)
13.	§ 31 I 2	ausnahmsweise zu leistende Sondernahrung und Nahrungsergänzungsmittel	Bundesausschuß
14.	§ 33 III 1	ausnahmsweise zu leistende Kontaktlinsen	Bundesausschuß

15.	§ 33 IV	ausnahmsweise zu leistende Ersatzbrillen	Bundesausschuß
16.	§ 33a VI	Vorschlagsliste für die Arzneimittelliste	Kommission im Institut für Arzneimittelverordnung in der GKV
17.	§ 35 I 1 - 4	Bestimmung von Gruppen für Arzneimittelfestbeträge	Bundesausschuß
18.	§ 35 I 5	Bestimmung rechnerischer mittlerer Tages oder Einzeldosen u.ä.	Bundesausschuß
19.	§ 35 III 1	Festbeträge für Arzneimittel	Spitzenverbände g.u.e.
20.	§ 35 III 2	Festbeträge für Verbandsmittel (optional)	Spitzenverbände g.u.e.
21.	§ 36 I	Bestimmung von Hilfsmittelgruppen für Festbeträge	Spitzenverbände g.u.e.
22.	§ 36 II	Festsetzung von Hilfsmittelfestbeträgen	KK-Verbände auf Landesebene
23.	§ 37a II	Soziotherapie	Bundesausschuß
24.	§ 39a I 4	Vereinbarung über Versorgung mit stationärer und teilstationärer Hospizleistung	Spitzenverbände g.u.e. mit Verband der stationären Hospize

25.	§ 39a II 6	Vereinbarung über Versorgung mit ambulanter Hospizleistung	Spitzenverbände g.u.e. mit Verband der ambulanten Hospizdienste
26.	§ 40 III 3	Regelungen über Dauer med. Reha (optional)	Spitzenverbände g.u.e.
27.	§ 40 VII 1	Regelungen über Zuzahlung wie bei Anschluß-Reha	Spitzenverbände g.u.e.
28.	§ 41 II i.V.m. § 40 III 3	Regelungen über Dauer med. Reha für Mütter (optional)	Spitzenverbände g.u.e.
29.	§ 63 I	Durchführung von Modellvorhaben	Verbände der KKen (neben den KKen selbst)
30.	§ 64 I	Vereinbarungen über Durchführung von Modellvorhaben	Verbände der KKen (neben den KKen selbst) mit Leistungserbringern (und KVen)
31.	§ 64 II	Grundsätze zur Durchführung von Modellvorhaben mit Vertragsärzten	BMV
32.	§ 64 III	Anpassung der Vergütungen, Ausgabevolumina und Budgets an geringere Restleistungsumfänge wegen Modellvorhaben	Die Vertragspartner und Schiedsorgane der entsprechenden Honorierungsverträge
33.	§ 65b I u. II	Förderung von Einrichtungen zur Verbraucher- und Patientenberatung und deren Finanzierung	Spitzenverbände g.u.e.

34.	§ 73 Ic	Vereinbarung über hausärztliche Versorgung	Spitzenverbände g.u.e. mit KBV
35.	§ 73 III	Vereinbarung über Zuordnung von Vorsorge und Reha zur vertragsärztlichen Versorgung	Gesamtverträge
36.	§ 73a I	Strukturverträge	Partner der Gesamtverträge
37.	§ 73a II	Rahmenvereinbarungen über Strukturverträge	Partner der BMV
38.	§ 75 II 2	Überwachung der Erfüllung der vertragsärztlichen Pflichten	KVen
39.	§ 75 VII	Richtlinien über Durchführung der von der KBV geschlossenen Kollektivverträge, die überbezirkliche Durchführung der vertragsärztlichen Versorgung und die Verwaltung der KVen	KBV
40.	§ 76 IIIa	Maßnahmen gegen unkoordinierte Mehrfachinanspruchnahme von Vertragsärzten und zum Informationsaustausch zwischen Vor- und Nachbehandlern	Partner der BMV
41.	§ 83	Gesamtverträge	KK-Verbände auf Landesebene und KVen

42.	§ 84 I u. II	Arzneimittelvereinbarungen	KK-Verbände auf Landesebene g.u.e. mit KVen
43.	§ 84 III 1 u. 2	Konsequenzen aus Überschreitungen und Unterschreitungen der Ausgabevolumina der Arzneimittelvereinbarungen	Gesamtverträge
44.	§ 84 III 3	Möglichkeit für Boni bei Erfüllung von Zielvereinbarungen nach § 84 I 1 Nr. 2	Gesamtverträge
45.	§ 84 VI	Vereinbarung von arztgruppenspezifischen Richtgrößen für Arznei- und Verbandsmittelvolumina	KK-Verbände auf Landesebene g.u.e. mit KVen
46.	§ 84 VII	Rahmenvorgaben für die Inhalte der Arzneimittelvereinbarungen sowie die Informationen über preisgünstige verordnungsfähige Leistungen (§ 73 VIII) und Empfehlungen für die Arzneimittelrichtgrößen	Spitzenverbände g.u.e. mit KBV
47.	§ 84 VIII i.V.m. I - VII	Entsprechende Regelungen für Heilmittel	wie Nr. 42 - 46
48.	§ 85 IIc	Vorgaben für Vergütungsanteile verschiedener Arztgruppen an der Gesamtvergütung	Spitzenverbände mit KBV

49.	§ 85 III	Veränderung der Gesamtvergütung	Gesamtverträge
50.	§ 85 IV	Honorarverteilungsmaßstab	KV
51.	§ 85 IVa	bundesweite Kriterien für die Honorarverteilung	Bewertungsausschuß
52.	§ 86	Empfehlung über angemessene Veränderung der Gesamtvergütung	Spitzenverbände ohne See-KK mit KBV
53.	§ 87	EBM	Bewertungsausschuß
54.	§ 87 IV	streitige Festsetzung des EBM	erw. Bewertungsausschuß
55.	§ 88 I	bundeseinheitl. Verzeichnis der abrechnungsfähigen zahntechnischen Leistungen	Spitzenverbände ohne See-KK mit Bundesin-nungsverband der Zahntechniker
56.	§ 88 II	Vergütungen für die abrechnungsfähigen zahntechnischen Leistungen	KK-Verbände auf Landesebene mit Innungs-verbänden der Zahntechniker
57.	§ 89 I i.V.m. II	strittige Festsetzung der Gesamtverträge	Landesschiedsämter
58.	§ 89 I i.V.m.	strittige Festsetzung der BMV	Bundesschiedsamt

	IV		
59.	§ 89 I i.V.m. VII	strittige Festsetzung des bundeseinheitl. Verzeichnisses der abrechnungsfähigen zahntechnischen Leistungen	Bundesschiedsamt Zahntechnik
60.	§ 89 I i.V.m. VIII	strittige Festsetzung der Vergütungen für die abrechnungsfähigen zahntechnischen Leistungen	Landesschiedsamt Zahntechnik
61.	§ 92	Richtlinien zur vertragsärztlichen Versorgung, Bedarfsplanung usw	Bundesausschuß
62.	§§ 95 - 97	Entscheidungen über die Zulassung zur vertragsärztlichen Versorgung	Zulassungs- und Berufungsausschüsse
63.	§ 99 I	Bedarfsplan auf Landesebene	KVen mit Verbänden der KKen auf Landesebene
64.	§ 99 II	strittige Aufstellung des Bedarfsplans	Landesausschuß (§ 90)
65.	§ 100 I	Feststellung von Unterversorgung	Landesausschuß
66.	§ 100 II	Anordnung von Zulassungsbeschränkungen wegen Unterversorgung	Landesausschuß
67.	§ 101	Richtlinien über den allgemeinen bedarfsgerechten Versorgungsgrad	Bundesausschuß

[68	§ 102	<i>Regelungen im System der Bedarfszulassung</i>	<i>Bundesausschuß]</i>
69.	§ 103 I - III	Feststellung von Überversorgung und Anordnung von Zulassungsbeschränkungen	Landesausschuß
70.	§ 103 I - VI	Auswahl über Praxisnachfolge in Gebieten mit Zulassungsbeschränkung	Zulassungsausschuß
72.	§ 105	Maßnahmen zur Gewährleistung eines bedarfsgerechten Versorgungsgrades	KVen mit Unterstützung der KBV
72.	§ 106	Wirtschaftlichkeitsprüfung	Prüfungsausschuß, Beschwerdeausschuß
73.	§ 106 II 4	Vereinbarung von Prüfungsmaßnahmen über § 106 II 1 hinaus	KK-Verbände auf Landesebene g.u.e. mit KV
74.	§ 106 III	Vereinbarung des Prüfungsverfahrens	KK-Verbände auf Landesebene g.u.e. mit KV
75.	§ 109	Krankenhauszulassung durch Versorgungsvertrag	KK-Verbände auf Landesebene g.u.e. mit Genehmigung der Landesbehörde
76.	§ 111	Zulassung von Vorsorge- und Reha-Einrichtungen durch Versorgungs-	KK-Verbände auf Landesebene g.u.e.

		vertrag	
77.	§ 111a	Rahmenempfehlungen über Vorsorge- und Reha-Maßnahmen	Spitzenverbände g.u.e. mit Spitzenorganisationen der Vorsorge- und Reha-Einrichtungen
78.	§ 112 I u. II	zweiseitige Verträge über KH-Behandlung	KK-Verbände auf Landesebene g.u.e. mit Landes-KH-Gesellschaft
79.	§ 112 III	strittige Festsetzung des zweiseitigen Vertrages	Landesschiedsstelle (§ 114)
80.	§ 112 V	Rahmenempfehlungen zu den zweiseitigen Verträgen	Spitzenverbände g.u.e. mit Dt KH-Gesellschaft
81.	§ 113 I	Beauftragung eines Prüfers zur Überprüfung der Wirtschaftlichkeit, Leistungsfähigkeit und Qualität eines KH	KK-Verbände auf Landesebene mit dem KH-Träger und dem Landesausschuß des Verbandes der PKV
82.	§ 113 I 2	strittige Bestimmung des Prüfers	Landesschiedsstelle (§ 114)
83.	§ 115 I u. II	dreiseitige Verträge über nahtlose ambulante und stationäre Versorgung	KK-Verbände auf Landesebene g.u.e. mit KV und Landes-KH-Gesellschaft

84.	§ 115 III	strittige Festsetzung des dreiseitigen Vertrages	erweiterte Landesschiedsstelle
85.	§ 115 V	Rahmenempfehlungen zum Inhalt der dreiseitigen Verträge	Spitzenverbände g.u.e. mit Dt KH-Gesellschaft und KBV
86.	§ 115a III 1 u. 2	Vereinbarung der Vergütungen für vor- und nachstationäre Behandlung im Krankenhaus	KK-Verbände auf Landesebene und Landesausschuß der PKV gemeinsam mit Landes-KH-Gesellschaft
87.	§ 115a III 3	Empfehlungen zur Vergütung für vor- und nachstationäre Behandlung im Krankenhaus	Spitzenverbände g.u.e. mit Dt KH-Gesellschaft
88.	§ 115a III 5	strittige Festsetzung der Vergütungen für vor- und nachstationäre Behandlung im Krankenhaus	Schiedsstelle nach § 18a II KHG
89.	§ 115b I u. II	Regelungen zum ambulanten Operieren im Krankenhaus	Spitzenverbände gemeinsam mit Dt. KH-Gesellschaft und KBV
90.	§ 115b III	strittige Festsetzung der Regelungen nach § 115b I	erweitertes Bundesschiedsamt nach § 89 IV
91.	§ 120 II 2	Vereinbarung der Vergütungen für ambulante Krankenhausleistungen aufgrund von Ermächtigungen	KK-Verbände auf Landesebene mit den KH-Trägern oder deren Vereinigungen

92.	§ 120 IV	strittige Festsetzung der Vergütungen	Schiedsstelle nach § 18 I KHG
93.	§ 124 IV	Empfehlungen zu den Zulassungsbedingungen für Heilmittelerbringer	Spitzenverbände g.u.e.
95.	§ 124 V	Zulassung von Heilmittelerbringern	KK-Verbände auf Landesebene
96.	§ 125 I	Rahmenempfehlungen über die einheitliche Versorgung mit Heilmitteln	Spitzenverbände g.u.e. mit Bundesverbänden der Heilmittelerbringer
97.	§ 125 II	Verträge über die Versorgung mit Heilmitteln	KK-Verbände auf Landesebene mit den Leistungserbringern oder ihren Verbänden
98.	§ 126 II	Empfehlungen zu den Zulassungsbedingungen für Hilfsmittelerbringer	Spitzenverbände g.u.e.
99.	§ 126 III i.V.m. § 124 V	Zulassung von Hilfsmittelerbringern	KK-Verbände auf Landesebene
100	§ 127 I	Verträge über Versorgung mit Hilfsmitteln	KK-Verbände auf Landesebene mit den Leistungserbringern oder ihren Verbänden

101	§ 128	Erstellung des Hilfsmittelverzeichnisses	Spitzenverbände g.u.e.
102	§ 129 Ia	Hinweise zur Austauschbarkeit von Darreichungsformen von Arzneimitteln	Bundesausschuß
103	§ 129 II u. V	Rahmenvertrag über die Arzneimittelversorgung durch Apotheken und ergänzende Verträge	Spitzenverbände g.u.e. und Dt. Apothekerverband
104	§ 129 VII	strittige Festsetzung des Rahmenvertrages	Schiedsstelle nach § 129 VIII
105	§ 131	Rahmenvertrag über Arzneimittelversorgung in der GKV	Spitzenverbände g.u.e. mit Bundesverbänden der Pharma-Hersteller
106	§ 132a I	Rahmenempfehlungen über die Versorgung mit häuslicher Krankenpflege	Spitzenverbände g.u.e. mit den Spitzenorganisationen der Pflegedienste
107	§ 132a II	Verträge über die Versorgung mit häuslicher Krankenpflege	KK-Verbände auf Landesebene mit den Leistungserbringern
108	§ 132b I	Verträge über die Versorgung mit Soziotherapie	die KKen oder ihre Verbände auf Landesebene mit den Leistungserbringern

109	§ 132b II	Empfehlungen zu den Anforderungen an die Leistungserbringer von Soziotherapie	Spitzenverbände g.u.e.
110	§ 133 I	Verträge über die Vergütung von Krankentransportleistungen	KKen oder ihre Verbände
111	§ 135 I	Anerkennung von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden	Bundesausschuß
112	§ 135 II	Anforderungen hinsichtlich Spezialqualifikation oder Strukturqualität	BMV
113	§ 136 I 1 u. II	Qualitätsprüfung der vertragsärztlichen Versorgung und der ambulanten Leistungen im KH	KVen
114	§ 136 I 2	Kriterien zur Qualitätsbeurteilung in der vertragsärztlichen Versorgung	Bundesausschuß
115	§ 136a	Regelungen zur Qualitätssicherung	Bundesausschuß
116	§ 136b	Regelungen zur Qualitätssicherung und Kriterien zur Qualitätsbeurteilung in der vertragszahnärztlichen Versorgung	Bundesausschuß (Z)
117	§ 137	Vereinbarung über Maßnahmen zur Qualitätssicherung für KH	Spitzenverbände g.u.e. und PKV-Verband mit Dt. KH-Gesellschaft im Wege von Mehrheitsentscheidungen (§ 137 III)

118	§ 137b	Empfehlungen zu sektorübergreifender Qualitätssicherung im Gesundheitswesen	Arbeitsgemeinschaft zur Förderung der Qualitätssicherung in der Medizin
119	§ 137c	Bewertung und ggf. Ausschluß von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden im KH	Ausschuß KH
120	§ 137d I	Anforderungen zur Qualitätssicherung bei stationärer Vorsorge oder Rehabilitation	Spitzenverbände g.u.e. mit Bundesverbänden der Leistungserbringer
121	§ 137d II	Anforderungen zur Qualitätssicherung bei ambulanter Vorsorge oder Rehabilitation	Spitzenverbände g.u.e. und KBV mit Bundesverbänden der Leistungserbringer
122	§ 137e III	Beschlüsse und Empfehlungen zu evidenzbasierter Krankenbehandlung	Koordinierungsausschuß (§ 137e II)
123	§ 137e IV	Empfehlungen in sonstigen sektorübergreifenden Angelegenheiten des Bundesausschusses und des Ausschusses KH	Koordinierungsausschuß
124	§ 137f I	Empfehlungen an das BMG zu Disease Management Programmen	Koordinierungsausschuß
125	§ 138	Anerkennung neuer Heilmittel und Richtlinien zur Qualitätssicherung bei diesen	Bundesausschuß

126	§ 139 I	Standards zur Qualitätssicherung bei Hilfsmitteln	Spitzenverbände g.u.e.
127	139 II	Aufnahme von Hilfsmitteln in das Hilfsmittelverzeichnis (§ 128)	Spitzenverbände g.u.e. nach Prüfung durch den Med. Dienst
128	§ 140d I	Rahmenvereinbarungen zur integrierten Versorgung im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung nach § 75	Spitzenverbände g.u.e. mit KBV
129	§ 140d II	strittige Festsetzung der Rahmenvereinbarungen	Bundesschiedsamt
130	§ 140e 1	Rahmenvereinbarungen zur integrierten Versorgung, soweit KH-Behandlung umfaßt ist (optional)	Spitzenverbände g.u.e. mit Dt. KH-Gesellschaft
131	§ 140e 2	Rahmenvereinbarungen zur integrierten Versorgung mit anderen Spitzenorganisationen von Leistungserbringern	Spitzenverbände g.u.e. mit den jeweiligen Spitzenorganisationen
132	§ 140f I	rechnerische Bereinigung der Gesamtvergütung	Vertragspartner der Gesamtverträge
133	§ 140f II	rechnerische Bereinigung der Ausgabenvolumina nach § 84	Vertragspartner der Arznei- und Heilmittelvereinbarungen
134	§ 217 III	Grundsatzentscheidungen über Vergütungen, Gesundheitsvorsorge,	Bundesverbände der KKen mit den in § § 218

		Rehabilitation, Erprobung	III 2 geregelten Mehrheiten
135	§ 217 V	Regelung der Beteiligung der von einem externen Landesverband vertretenen Kassen (§ 207 IVa) an den Verhandlungen über die Gesamtvergütung	Bundesverbände
136	§ 262	Bildung und Verwaltung einer Gesamtrücklage (optional)	Landesverbände
137	§ 265	Finanzausgleich für besonders aufwendige Behandlungsfälle u.ä. (optional)	Landesverbände Verbände der Ersatzkassen
138	§ 265a	Finanzielle Hilfen in besonderen Notlagen oder zur Erhaltung der Wettbewerbsfähigkeit (optional)	Spitzenverbände
139	§ 267 VII Nr. 1 u. 2	Vereinbarungen zum RSA-Stichprobenverfahren und zur RSA-Kennzeichnung von Mitgliedergruppen	Spitzenverbände untereinander
140	§ 267 VII Nr. 3	Vereinbarungen zur Verwendung von RSA-Kennzeichen in der vertragsärztlichen Versorgung	Spitzenverbände mit KBV
141	§ 267 VII Nr. 4	Vereinbarungen zum Informationsaustausch mit den RV-Trägern für den RSA	Spitzenverbände g.u.e. mit dem VDR

142	§ 268 III 9	Vereinbarungen entsprechend Nr. 139, 140 für die Weiterentwicklung des RSA	Spitzenverbände untereinander, mit KBV und mit Spitzenorganisationen der übrigen Leistungserbringer
143	§ 269 V	Vereinbarungen entsprechend Nr. 139 zum Risikopool	Spitzenverbände untereinander
144	§ 282 3	Richtlinien über die Zusammenarbeit der KKen mit den MDK	Spitzenverbände g.u.e.
145	§ 291 III	Vereinbarung über die bundesweite Einführung und Gestaltung der Krankenversichertenkarte	Spitzenverbände g.u.e. mit KBV
146	§ 293 II	Vereinbarung über Art, Aufbau und Vergabe von Kennzeichen für Leistungserbringer	Spitzenverbände g.u.e. mit anderen SozVers-Trägern und BA und mit Spitzenorganisationen der Leistungserbringer
147	§ 295 III u. IV	Regelungen über Abrechnung und Datenträgeraustausch in der vertragsärztlichen Versorgung	BMV und EBM
148	§ 296 IV	Vereinbarungen über anzugebende Informationen im Rahmender Wirtschaftlichkeitsprüfung als Auffälligkeitsprüfung	Kassenverbände auf Landesebene g.u.e. mit KVen

149	§ 297 I	Bestimmung der in die Stichprobenprüfung einzubeziehenden Vertragsärzte	Kassenverbände auf Landesebene g.u.e. mit KVen
150	§ 300 III u. IV	Arzneimittelabrechnungsvereinbarung	Spitzenverbände mit Dt. Apothekerverband; im Streitfall Schiedsstelle nach § 129 VIII
151	§ 301 III	Regelungen zur Informationsübermittlung an die KKen bei KH-Behandlung	Spitzenverbände g.u.e. mit Dt. KH-Gesellschaft
152	§ 301 IV 3 i.V.m. III	Regelungen zur Informationsübermittlung an die KKen bei stationärer Vorsorge und Reha	Spitzenverbände g.u.e. mit Spitzenorganisationen der Leistungserbringer
153	§ 302 II 1	Richtlinien zum Abrechnungsverfahren bei sonstigen Leistungserbringern	Spitzenverbände g.u.e.
154	§ 303 I	Ergänzende Vereinbarungen zum Abrechnungsverfahren	KK-Verbände auf Landesebene mit den Leistungserbringern oder ihren Verbänden
155	§ 305 II 3	Einzelheiten zur Information der Versicherten über die abgerechneten Leistungen der ärztlichen Behandlung	BMV
156	§ 305 II 4	Einzelheiten zur Information der Versicherten über die von den KKen	Spitzenverbände g.u.e. mit Dt. KH-

		zu zahlenden Entgelte für KH-Behandlung	Gesellschaft
--	--	---	--------------

KHG

157	§ 17 V 4	Pflegesätze für nicht oder nur teilweise öffentlich geförderte KH	Pflegesatzvereinbarung
158	§ 17a III	Abbau von Fehlbelegungen	Pflegesatzvereinbarung
159	§ 17b II, III	Einführung des DRG-Systems	Spitzenverbände g.u.e. und PKV-Verband mit Dt. KH-Gesellschaft
160	§ 17b IV 2	strittige Einführung des DRG-Systems	Schiedsstelle nach § 18a VI KHG
161	§ 17b V	Zuschlag pro KH-Fall zur Finanzierung der Einführung des DRG-Systems	Spitzenverbände g.u.e. und PKV-Verband mit Dt. KH-Gesellschaft
162	§ 18 I - III	Pflegesatzvereinbarung	KH-Träger mit Sozialleistungsträgern oder Verbänden mit über 5 % der Berechnungstage des KH

163	§ 18 IV	strittige Festsetzung der Pflegesatzvereinbarung	Schiedsstelle nach § 18a I KHG
164	§ 18b	Finanzierung von Rationalisierungsinvestitionen über den Pflegesatz	wie Pflegesatzvereinbarung
165	§ 19	Empfehlungen zur Wirtschaftlichkeit und Leistungsfähigkeit der KH	Spitzenverbände mit Dt. KH-Gesellschaft gemeinsam

BPfIV

166	§ 5	Grundlagen für den Krankenhausvergleich	Spitzenverbände g.u.e. mit Dt. KH-Gesellschaft
167	§ 15 I u. III	Bundesweite Regelungen zu den KH-Entgelten	Spitzenverbände g.u.e. und PKV-Verband mit Dt. KH-Gesellschaft
168	§ 15 II	Bundesweite Regelungen zu Kostenkalkulationen	Spitzenverbände g.u.e. mit Dt. KH-Gesellschaft
169	§ 15 IV	strittige Festsetzungen nach Nr. 167, 168	Schiedsstelle nach § 18a VI KHG
170	§ 16	Grundlagen für die Pflegesatzvereinbarungen	KK-Verbände auf Landesebene, PKV-landesausschuß Landes-KH-Gesellschaft (Vertragsparteien auf Landesebene)

Anhang 7.2: Landesrecht zur Frage einer Heilkunde-GmbH

1. Schleswig-Holstein:

§ 29 HeilbG: Grundsatz

(1) Die Kammermitglieder sind verpflichtet, ihren Beruf gewissenhaft auszuüben und dem ihnen im Zusammenhang mit dem Beruf entgegengebrachten Vertrauen zu entsprechen.

(2) *Die Ausübung ärztlicher Tätigkeit außerhalb von Krankenhäusern und außerhalb von Privatkrankenanstalten und zahnärztlicher Tätigkeit außerhalb von Krankenhäusern nach ' 30 der Gewerbeordnung ist an die Niederlassung in eigener Praxis gebunden, soweit nicht gesetzliche Bestimmungen etwas anderes zulassen oder eine weisungsgebundene ärztliche oder zahnärztliche Tätigkeit in der Praxis niedergelassener Ärztinnen und Ärzte oder Zahnärztinnen und Zahnärzte ausgeübt wird. Ausgenommen sind Tätigkeiten bei Trägern, die nicht gewerbs- oder berufsmäßig ärztliche oder zahnärztliche Leistungen anbieten oder erbringen. Die gemeinsame Führung einer Praxis ist nur zulässig, wenn jede oder jeder Beteiligte die Berechtigung zur Ausübung des ärztlichen oder zahnärztlichen Berufs besitzt. Die Führung einer ärztlichen oder zahnärztlichen Praxis in der Rechtsform einer juristischen Person des privaten Rechts ist nicht statthaft.*

2. Hamburg

§ 2 ÄrzteG: Ärztliche Berufsausübung

(1) Der ärztliche Beruf kann ausgeübt werden

1. als niedergelassene Ärztin oder niedergelassener Arzt,
2. als auf andere Weise selbständig tätige Ärztin oder tätiger Arzt,
3. in Dienst- und Arbeitsverhältnissen.

(2) Niedergelassene Ärztinnen und Ärzte sind Ärztinnen bzw. Ärzte, die in eigener Praxis allein oder in Gemeinschaft mit anderen Ärztinnen und Ärzten für die ambulante ärztliche Versorgung der Bevölkerung zur Verfügung stehen und dies am Praxissitz ankündigen.

3. Bremen:

§ 30 HeilbG Bremen

(1) Die Berufsordnung soll im Rahmen des § 27 weitere Vorschriften über Berufspflichten enthalten, insbesondere, soweit es für den einzelnen Heilberuf in Betracht kommt, über

....

2. die Ausübung des Berufs in eigener Praxis und in Praxiseinrichtungen, die der ambulanten Behandlung dienen, und in sonstigen Einrichtungen der medizinischen Versorgung,

.....

8. die gemeinsame Ausübung der Berufstätigkeit,

.....

4. Niedersachsen

§ 32 HeilberufekammerG: Grundlagen der Berufsausübung

(1) Die ärztliche, die zahnärztliche, die tierärztliche und die psychotherapeutische Tätigkeit ist, soweit gesetzlich nichts anderes bestimmt oder zugelassen ist, an die Niederlassung in eigener Praxis gebunden, außer bei

- 1. weisungsgebundener Tätigkeit in einer Praxis,*
- 2. Tätigkeit in Krankenhäusern, Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen (§107 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) oder Privatkrankenanstalten (§30 der Gewerbeordnung),*
- 3. Tätigkeit für Träger, die nicht gewerbs- oder berufsmäßig ärztliche, zahnärztliche oder psychotherapeutische Leistungen erbringen.*

(2) Die Kammer kann in besonderen Einzelfällen Ausnahmen von Absatz 1 zulassen, wenn berufsrechtliche Belange nicht beeinträchtigt werden.

5. Mecklenburg-Vorpommern

§ 33 HeilberG Nds: Berufsordnung

(1) Nähere Bestimmungen über die Berufspflichten treffen die Kammern als Satzung (Berufsordnung) im Rahmen der §§ 31 und 32.

(2) Die Berufsordnung kann insbesondere Regelungen enthalten über

....

2. die Ausübung des Berufs in eigener Praxis und in Praxiseinrichtungen, die der ambulanten Behandlung dienen,

....

7. die gemeinsame Ausübung der Berufstätigkeit,

....

6. Brandenburg

§ 31 HeilberG

.....

(2) Die Ausübung ambulanter ärztlicher und zahnärztlicher Tätigkeit außerhalb des Krankenhauses einschließlich konzessionierter Privatkrankenanstalten ist an die Niederlassung in eigener Praxis gebunden, soweit nicht gesetzliche Bestimmungen etwas anderes zulassen. Ausgenommen sind Tätigkeiten bei Trägern, die nicht gewerbs- oder berufsmäßig ärztliche oder zahnärztliche Leistungen anbieten oder erbringen. Die gemeinsame Führung einer Praxis ist nur zulässig, wenn jeder Beteiligte die Berechtigung zur Ausübung des ärztlichen oder zahnärztlichen Berufes besitzt. Satz 3 gilt entsprechend für Tierärzte. Die Kammern können vom Verbot nach Satz 1 in besonderen Einzelfällen Ausnahmen zulassen, wenn sichergestellt ist, dass berufsrechtliche Belange nicht beeinträchtigt werden.

7. Berlin

§ 4a KammerG

....

(4) Die Ausübung ambulanter ärztlicher, zahnärztlicher oder tierärztlicher Tätigkeit oder psychotherapeutischer Tätigkeit von Psychologischen Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten außerhalb des Krankenhauses einschließlich konzessionierter Privatkrankenanstalten oder der Tierkliniken ist an die Niederlassung in eigener Praxis gebunden, soweit nicht gesetzliche Bestimmungen etwas anderes zulassen. Satz 1 gilt nicht für Tätigkeiten bei Trägern, die nicht gewerbs- oder berufsmäßig ärztliche, zahnärztliche oder tierärztliche Leistungen oder psychotherapeutische Leistungen von Psychologischen Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten anbieten oder erbringen.

8. Sachsen-Anhalt

§ 19 Gesetz über die Kammern für Heilberufe: Berufspflichten

....

(3) Eine ambulante ärztliche und zahnärztliche Tätigkeit ist in einer Praxis oder poliklinischen Einrichtung, im Rahmen der vor- und nachstationären Behandlung im Krankenhaus sowie mit Ermächtigung im Krankenhaus zulässig. Zugelassen sind auch Tätigkeiten bei Rechtsträgern, die im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen ärztliche oder zahnärztliche Leistungen anbieten oder erbringen. Diese Regelungen gelten entsprechend für Tierärzte und Tierärztinnen.

9. Nordrhein-Westfalen

§ 29 HeilberufsG

....

(2) Die Ausübung ärztlicher, psychotherapeutischer und zahnärztlicher Tätigkeit außerhalb von Krankenhäusern und außerhalb von Privatkrankenanstalten nach § 30 der Gewerbeordnung ist an die Niederlassung in eigener Praxis gebunden, soweit nicht gesetzliche Bestimmungen etwas anderes zulassen oder eine weisungsgebundene ärztliche, psychotherapeutische

oder zahnärztliche Tätigkeit in der Praxis niedergelassener Ärztinnen und Ärzte, Psychotherapeutinnen und -therapeuten oder Zahnärztinnen und -ärzte ausgeübt wird. Ausgenommen sind Tätigkeiten bei Trägern, die nicht gewerbs- oder berufsmäßig ärztliche, psychotherapeutische oder zahnärztliche Leistungen anbieten oder erbringen. Die gemeinsame Führung einer Praxis ist nur zulässig, wenn die Beteiligten die Berechtigung zur Ausübung des ärztlichen, psychotherapeutischen oder zahnärztlichen Berufs besitzen.

10. Hessen

§ 25 Heilberufsg

Die Berufsordnung kann im Rahmen des § 22 weitere Vorschriften über Berufspflichten enthalten, insbesondere, soweit es für den einzelnen Heilberuf in Betracht kommt, hinsichtlich

...

6. der gemeinsamen Ausübung der Berufstätigkeit,

....

10. des beruflichen Verhaltens gegenüber anderen Berufsangehörigen und der Zusammenarbeit zwischen Berufsangehörigen und Angehörigen anderer Berufe,

....

11. Rheinland-Pfalz

§ 20 HeilbG: Allgemeines

....

(2) Die Ausübung des Berufs des Arztes, Zahnarztes, Psychologischen Psychotherapeuten

oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten außerhalb von Krankenhäusern und von Privatkrankenanstalten nach § 30 der Gewerbeordnung in der Fassung vom 22. Februar 1999 (BGBl. I S. 202) in der jeweils geltenden Fassung ist an die Niederlassung in eigener Praxis gebunden, soweit nicht gesetzliche Bestimmungen etwas anderes zu lassen oder eine weisungsgebundene Tätigkeit in der Praxis niedergelassener Ärzte, Zahnärzte, Psychologischer Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten ausgeübt wird. Ausgenommen sind Tätigkeiten von Ärzten, Zahnärzten, Psychologischen Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten bei Trägern, die nicht gewerbs- oder berufsmäßig medizinische Leistungen erbringen. Die gemeinsame Führung einer Praxis ist nur zulässig, wenn jeder Beteiligte die Berechtigung zur Ausübung des Berufs des Arztes, Zahnarztes, Psychologischen

Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten besitzt. Die Sätze 1 und 3 gelten für Tierärzte entsprechend. Die Kammern können in besonderen Einzelfällen Ausnahmen von Satz 1 zulassen, wenn sichergestellt ist, dass berufsrechtliche Belange nicht beeinträchtigt sind.

12. Sachsen

§ 16 HeilberufekammerG: Berufspflichten

....

(4) Es ist nicht statthaft, eine ärztliche, zahnärztliche oder tierärztliche Praxis in der Rechtsform einer juristischen Person des privaten Rechts zu führen.

13. Thüringen

§ 23 HeilberufeG: Wesentliche Bestimmungen

Die Berufsordnung soll im Rahmen des § 20 weitere Vorschriften über Berufspflichten enthalten, insbesondere, soweit es für den einzelnen Heilberuf in Betracht kommt, hinsichtlich

....

7. der gemeinsamen Ausübung der Berufstätigkeit,

....

11. des beruflichen Verhaltens gegenüber anderen Berufsangehörigen und der Zusammenarbeit zwischen Berufsangehörigen und Angehörigen anderer Berufe,

....

14. Saarland

§ 17 HeilberufekammerG: Berufsordnungen

....

(2) Die Berufsordnung kann darüber hinaus, soweit es für den einzelnen Heilberuf in Betracht kommt, insbesondere Regelungen zu folgenden Berufspflichten treffen:

....

9. die gemeinsame Ausübung der Berufstätigkeit, auch im Sinne des Partnerschaftsgesellschaftsgesetzes vom 25. Juli 1994 (BGBl. I S. 1744), zuletzt geändert durch Gesetz vom 6. Juni 1995 (BGBl. I S. 778), in der jeweils geltenden Fassung,

....

13. das berufliche Verhalten gegenüber anderen Berufsangehörigen und die Zusammenarbeit zwischen Berufsangehörigen und Angehörigen anderer Berufe,

....

15. Baden-Württemberg

§ 31 HeilberufekammerG: Berufsordnungen

....

(2) Die Berufsordnung kann weitere Vorschriften über Berufspflichten enthalten, insbesondere hinsichtlich

....

7. der gemeinsamen Ausübung der Berufstätigkeit,

....

11. des beruflichen Verhaltens gegenüber anderen Berufsangehörigen und der Zusammenarbeit zwischen Berufsangehörigen und Angehörigen anderer Berufe,

....

16. Bayern

Art. 18 Heilberufe-KammerG

(1) 2 *Die Führung einer ärztlichen Praxis in der Rechtsform einer juristischen Person des*

privaten Rechts ist nicht statthaft.

....

Art. 19

Die Berufsordnung kann weitere Vorschriften über Berufspflichten im Rahmen des Art. 17 enthalten, insbesondere über

....

5. die gemeinsame Ausübung der Berufstätigkeit,

....

9. das berufliche Verhalten gegenüber anderen Berufsangehörigen und die Zusammenarbeit mit Angehörigen anderer Berufe,

...

Anhang 7.3: System von Basisindikatoren

Das angesprochene System von Basisindikatoren wird möglicherweise nicht mehr als 25-35 Indikatoren enthalten, die von allen Anbietern (i.V.-Systeme mit unterschiedlicher horizontaler oder vertikaler Leistungstiefe, KV) dargelegt werden müssen. Wir stellen nachfolgend zur Illustration exemplarisch einen Katalog von 31 Basisindikatoren vor:

Indikator	Fokus	Am- bul.	Stat.
1. Teilnehmer und Leistungsprofil			
1.1 % Ärzte Ein- und Austritt	Kontinuität	X	X
1.2 % Versicherte Ein- und Austritt	Kontinuität	X	X
1.3 wöchentl. Öffnungszeit pro Einrichtung	Kontinuität	X	X
1.4 Notdienstversorgung (Erreichbarkeit, Wartezeiten)	Zugang	X	X
1.5 Zahl der Versicherten pro Arztgruppe	Zugang / Arbeits- belastung	X	X
1.6 Alters- und Geschlechtsstruktur der Versicherten	Selektionseffekte	X	X
1.7 Hausbesuche	Zugang	X	
2. Qualitätsfähigkeit/Qualitätsentwicklung			
2.1 % Ärzte Teilnahme an Qualitätszirkel (QZ)	Qualitätsfördeurng	X	X
2.2 Fortbildungspunkte (einschl. QZ) pro Arzt	Qualitätsförderung		
2.3 Fortbildungsstunden pro Helferinnen/Pflegekraft	Qualitätsförderung	X	X
2.4 Anzahl eingesetzte, anerkannte Leitlinien	Qualitätsförderung	X	X
2.5 % Einrichtungen mit gezielten Maßnahmen zur Fehlerreduzierung	Patientensicherheit	X	X
2.6 % Einrichtungen, die ein anerkanntes Qualitätsmanagement-Verfahren eingeführt haben	Service / Patientensi- cherheit	X	X
2.7 % Einrichtungen, die an einem einrichtungsübergrei-fenden Benchmarking mit Qualitätsindikatoren teilnehmen	Transparenz – intern	X	X

2.8 % Einrichtungen, die Benchmarking-Ergebnisse offen legen	Transparenz – extern	X	X
3. Medizinische Prozesse und Ergebnisse			
3.1 % chronisch Kranke, die in ein strukturiertes Versorgungsprogramm (z.B. RSAV DMP)	Chronisch Kranke	X	X
3.2 % Einrichtungen, die Zielvereinbarungen zum Medikamenteneinsatz eingehalten haben	Chronisch Kranke	X	X
3.3 Anzahl Probleme/Erkrankungen für die Patienteninformationen vorgehalten werden	Prävention	X	X
3.4 Anzahl Erkrankungen/Probleme, für die präventive Maßnahmen angeboten werden	Prävention	X	(X)
3.5 % Versicherte (kumulativ), die an präventiven Maßnahmen teilgenommen haben	Prävention	X	(X)
3.6 Anzahl Probleme/Erkrankungen die über Qualitätsindikatoren erfasst werden	Transparenz – intern	X	X
3.7 Anzahl Probleme/Erkrankungen die in einem einrichtungsübergreifenden Benchmarking gemessen werden	Transparenz – extern	X	X
3.8. Probleme/Erkrankungen mit Qualitätsindikatoren – Prozesse	Prozessqualität	X	X
3.9. Probleme/Erkrankungen mit Qualitätsindikatoren – Ergebnisse	Ergebnisqualität	X	X
3.10. % Patienten mit vermeidbarer Wiedereinweisung	Ergebnisqualität		X
3.11. Wartezeit auf ausgewählte chir. Eingriffe	Wartezeit		
4. Bewertung durch Versicherte/Patienten			
4.1. % Einrichtungen mit durchgeführter, anerkannter Versicherten/Patientenbefragung (alle 3 Jahre)	Patientenorientierung	X	X
4.2. % Versicherte/Patienten mit Reklamationen/Beschwerden	Patientenorientierung	X	X

4.3. % bearbeitete Reklamationen/Beschwerden	Patientenorientierung	X	X
4.4. % Patienten, die die Einrichtung weiterempfehlen	Patientenorientierung	X	X
4.5. % Ein- Austritt von Versicherten	Kontinuität,	X	X