

1 Das Gesundheitswesen im Wandel

Susanne Eble

Der demografische Wandel, die Zunahme chronischer Erkrankungen und die Kosten des medizinisch-technischen Fortschritts stellen das deutsche Gesundheitswesen vor finanzielle Herausforderungen, die im Rahmen des bisherigen Systems nicht mehr zu bewältigen sind. Mit einer Reihe von neuen Gesetzen bzw. Gesetzesänderungen, vor allem dem Vertragsarztrechtsänderungs-Gesetz (VändG) und dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG), hat der Gesetzgeber auf diese Situation reagiert. Er treibt damit einen nachhaltigen Reformprozess voran, der zu deutlich mehr Wettbewerbs- und Wirtschaftlichkeitsdruck im Gesundheitswesen führt. In diesem Beitrag werden die aktuellen Veränderungen für die einzelnen Akteure und die damit verbundenen veränderten Geldflüsse beschrieben. Zukünftige Handlungsoptionen für Leistungserbringer werden skizziert, dabei steht insbesondere die Notwendigkeit zur Kooperation im Fokus. Denn besonders für Leistungserbringerverbände eröffnen sich mit den neuen gesetzlichen Regelungen Spielräume zur aktiven Mitgestaltung, beispielsweise im Rahmen des selektiven Kontrahierens.

1.1 Herausforderungen im Gesundheitswesen

Die viel diskutierten Herausforderungen im Gesundheitswesen werden ohne pragmatische Lösungen zwangsläufig weiter fortbestehen. Mit Blick auf die zukünftige Finanzierung des Gesundheitswesens erscheinen sie sogar als unausweichliche Bedrohung.

Vor allem der demografische Wandel, die Zunahme chronischer Erkrankungen und der medizinisch-technische Fortschritt gehören zu den großen Kostentreibern im bestehenden Finanzierungssystem. Dieser Ausgabendynamik stehen schwindende Einnahmen und überkommene Strukturen im Gesundheitssektor gegenüber. Die Alterspyramide zeigt diese gegenläufige Entwicklung: Immer weniger Beitragszahler müssen eine wachsende Anzahl älterer und zum Teil multimorbider Menschen finanzieren. Die Tatsache, dass die Finanzierung unseres Gesundheitswesens auf Arbeitge-

ber und Erwerbstätige beschränkt ist, verschärft die dargestellte Situation dramatisch.

1.1.1 Demografische Entwicklung

Die demografische Entwicklung der letzten hundert Jahre zeigt: Wir werden immer älter. Ein im Jahr 1910 geborener Junge hatte in Deutschland eine durchschnittliche Lebenserwartung von lediglich 47 Jahren vor sich, ein Mädchen von 51 Jahren. Für im Jahr 2008 Geborene wird dagegen bei Jungen mit 76,9 bzw. bei Mädchen mit 82,1 Jahren gerechnet. Der Anstieg der Lebenserwartung und eine seit 30 Jahren geringe Geburtenrate haben erhebliche Auswirkungen auf die Altersstruktur der Bevölkerung in Deutschland: Bis zum Jahr 2050 wird

sich daher die Form der umgekehrten Pyramide, wie in Abbildung 1 dargestellt, immer mehr durchsetzen. Die am stärksten besetzten Altersjahrgänge sind dann zwischen 60 und 65 bzw. 80 und 85 Jahre alt (Statistisches Bundesamt 2006). Die Gesundheitskosten steigen mit dem Alter überproportional an, das verschärft die Situation für die weniger werdenden Erwerbstätigen zusätzlich (Statistisches Bundesamt 2004).

1.1.2 Entwicklung und Kosten chronischer Erkrankungen

Dass wir immer älter werden, ist zunächst einmal eine gute Nachricht – aber, und das ist die andere Wahrheit: Wir werden auch krank im-

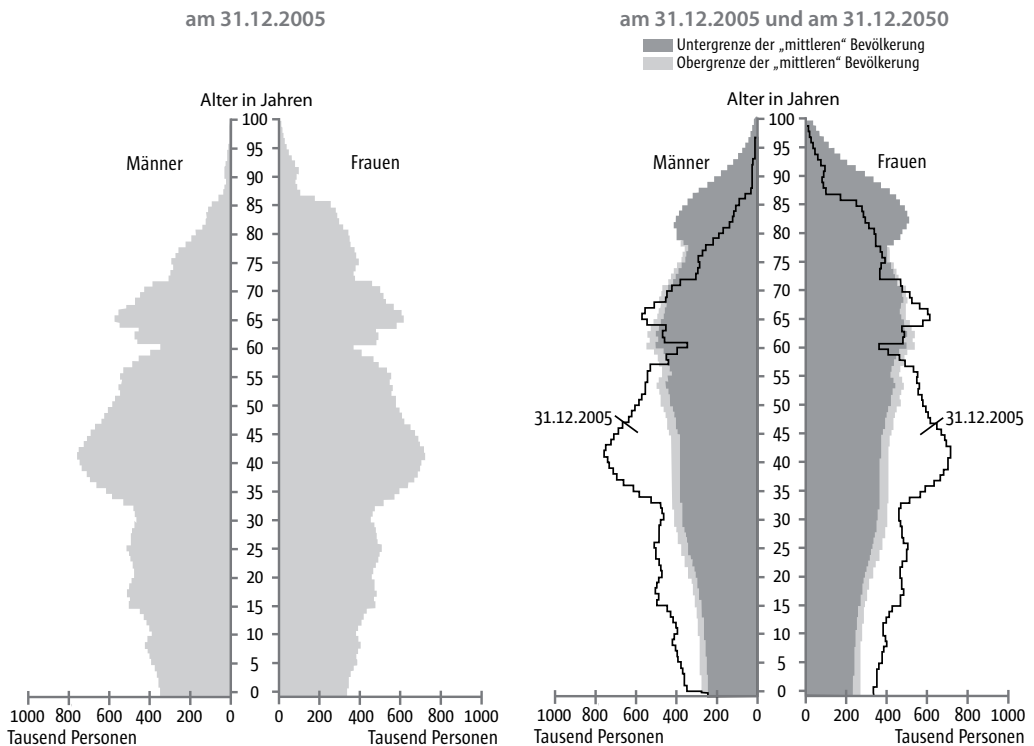


Abb. 1 Demografische Entwicklung in Deutschland (Statistisches Bundesamt 2006)

mer älter (Sachverständigenrat für die Konzertrierte Aktion im Gesundheitswesen 2001). Insbesondere chronische Krankheiten wie Diabetes und Bluthochdruck treten immer früher und immer häufiger auf. Durch gute Behandlungsmethoden nimmt die Behandlungsdauer dieser Krankheiten gleichzeitig immer mehr zu. Dennoch treten häufig kostenintensive Folgeerkrankungen (Schlaganfall, Herzinfarkt, Amputationen etc.) auf und verstärken die Komorbiditäten. Zu den früh einsetzenden, lange behandelten chronischen Krankheiten kommen weitere hinzu, die die durchschnittlichen Krankheitskosten mit zunehmendem Alter überproportional ansteigen lassen (Forster 2004).

Ein weiteres Phänomen der Kostensteigerung ist der Multimorbidität zuzuschreiben: Eine in den USA durchgeführte Studie von Anderson/Knickmann aus dem Jahr 2001 zeigt, dass die Gesamtkosten der Versorgung einer chronischen Erkrankung bei \$ 4.107 pro Jahr liegen, die Gesamtkosten für drei oder mehr chronische Krankheiten bei \$ 7.195. Die Hospitalisierungsrate steigt, wie Tabelle 1 zeigt, sogar um mehr als das Doppelte (Anderson u. Knickmann 2001). Betrachtet man die chronischen Erkrankungen näher, wird klar, dass diese selten allein, sondern häufig in Kombination mit anderen chronischen Erkrankungen auftreten.

1.1.3 Medizinisch-technischer Fortschritt

Eine im August 2007 durchgeführte Umfrage des Verbandes forschender Arzneimittelhersteller (VfA) hat ergeben, dass bis Ende 2011 neue Medikamente gegen rund 110 verschiedene Krankheiten herauskommen könnten, insbesondere gegen verschiedene Krebsarten, Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Infektionen. Aber auch einige seltene Erkrankungen können voraussichtlich bis dahin erstmals medikamentös behandelbar werden (Umfrage VfA 2007, www.vfa.de). Neben immer moderneren Therapien beobachten wir in den letzten Jahren einen ebenso rasanten Fortschritt in der Diagnostik.

Diese und ähnliche Meldungen, z. B. vom VfA oder von Herstellern medizinisch-technischer Geräte, stimmen uns zuversichtlich im Hinblick auf Neuerungen in der Diagnostik und der Bekämpfung von schweren Erkrankungen. Spätestens wenn Krankheiten die eigene Person oder das familiäre Umfeld betreffen, dankt man dem medizinisch-technischen Fortschritt und nimmt ihn gerne in Anspruch. In diesem Moment geht es den Betroffenen nicht darum, die Kosten zu hinterfragen, sondern alle medizinischen Möglichkeiten auszuschöpfen. Allerdings nehmen ca. 80 Prozent der Bevölkerung kaum oder keine medizinischen Leistungen in Anspruch – diese sind im Gegensatz zu den häufiger bzw. chronisch Kranken äußerst preisregibel, d. h. sie wechseln häufig zu Kassen mit niedrigen Beitragssätzen (Sachverständigenrat

Tab. 1 Kosten in Kombination mit Multimorbidität

	Gesamtkosten der Versorgung (direkt und indirekt)	Hospitalisierungsrate	Durchschnittliche Zahl von Arztbesuchen	Durchschnittliche Zahl der Verschreibungen
<i>Keine</i> chronische Krankheit	\$ 1.102	3,4%	1,7	2,2
<i>Eine</i> chronische Krankheit	\$ 4.107	7,6%	4,6	11,0
<i>Drei oder mehr</i> chronische Krankheiten	\$ 7.195	17,3%	9,4	28,3

für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen 2000/2001, S. 33ff.). Somit stehen die Kosten, die mit dem medizinisch-technischen Fortschritt verbunden sind, immer im Fokus, bisweilen sogar in der Kritik der Öffentlichkeit. Gleichzeitig wird der medizinisch-technische Fortschritt aber von allen gewollt – und verursacht mittlerweile Entwicklungskosten von durchschnittlich 800 Millionen Dollar pro neuem Medikament (www.vfa.de). Durch die steigenden Anforderungen, sowohl an Wirksamkeit, aber auch an Verträglichkeit kommen immer neue Produkte auf den Markt, die das Gesundheitswesen enorm verteuern. Während die jährlichen Krankheitskosten pro Patient 2002 noch bei 2.650 € lagen, waren sie 2006 bereits auf 2.870 € angestiegen (Gesundheitsberichterstattung des Bundes 2002/2006).

1.1.4 Strukturen im Gesundheitswesen

Steigende Ausgaben und Kostensenkungsdruck haben im Krankenhaussektor in den letzten Jahren zu weitgehenden Veränderungen geführt – in diesem größten Kostensegment der gesetzlichen Kassen war der Veränderungsdruck am stärksten. Mit pauschalierten DRGs, Veränderungen in der Krankenhausorganisation und der Privatisierung von ehemals kommunalen Krankenhäusern ist der Wind der Zukunft im Gesundheitswesen schon zu spüren. An den Sektorengrenzen und in der ärztlichen Einzelpraxis ist die Veränderung noch nicht so weit fortgeschritten. Die ältere und zunehmend chronisch kranke Bevölkerung braucht neben den sich weiter spezialisierenden Krankenhäusern eine intensive Betreuung durch Haus- und Fachärzte. Deren Tätigkeit, zum Beispiel im Bereich der Hausbesuche, wurde in den letzten Jahren jedoch eher abgewertet und nimmt einen geringeren Teil der Gesamtausgaben ein, während die kurze, aber intensive Krankenhausbetreuung stetig wächst. Allerdings gibt es immer noch Kliniken, die sich um

die Entlassung ihrer Patienten in adäquatem Zustand und zum richtigen Zeitpunkt sowie um den Informationsfluss zum weiterbehandelnden Arzt kaum kümmern – dafür gibt es keine DRG.

Die ärztliche Einzelpraxis ist von der Menge der Nachfragen zunehmend überfordert. Zu wenig Zeit bleibt für den einzelnen Patienten, wo doch gerade chronisch Kranke gute Erklärungen für den Umgang mit der Krankheit und auch menschliche Betreuung benötigen. Koordinierte Behandlungsabläufe, Absprachen zwischen den Sektoren, leitliniengerechte Behandlung im Verbund von Haus- und Facharztpraxen, umfassende Informationen über Voruntersuchungen und Befunde durch elektronische Patientenakten stehen noch am Anfang der Entwicklung. 6.146 integrierte Versorgungsverträge im zweiten Quartal 2008 (Gemeinsame Registrierungsstelle zur Unterstützung der Umsetzung des § 140d SGB V), flächendeckende Disease Management-Programme der Kassen und zunehmende Bemühungen um intensive Betreuung und Schulung zeigen, wohin die Entwicklung geht, die auch an der Einzelpraxis nicht spurlos vorübergehen wird.

1.2 Reformen des Gesundheitswesens

Es ist also augenscheinlich, dass zur Bewältigung der beschriebenen Herausforderungen ein Wandel im Gesundheitswesen dringend notwendig ist. Die bisherigen Reformen gestalteten sich überwiegend als reine Kostendämpfungsgesetze mit allenfalls aufschiebender Wirkung, wie die folgende Abbildung 2 eindrucksvoll zeigt:

Die letzten beiden Reformen, das Vertragsarztrechtsänderungs-Gesetz (VÄndG) und vor allem das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG), beinhalteten hingegen zwar auch Kostendämpfungsmaßnahmen, sind in erster Linie aber nachhaltige Strukturreformen. Selbst für die im GKV-WSG angelegten Kosten-

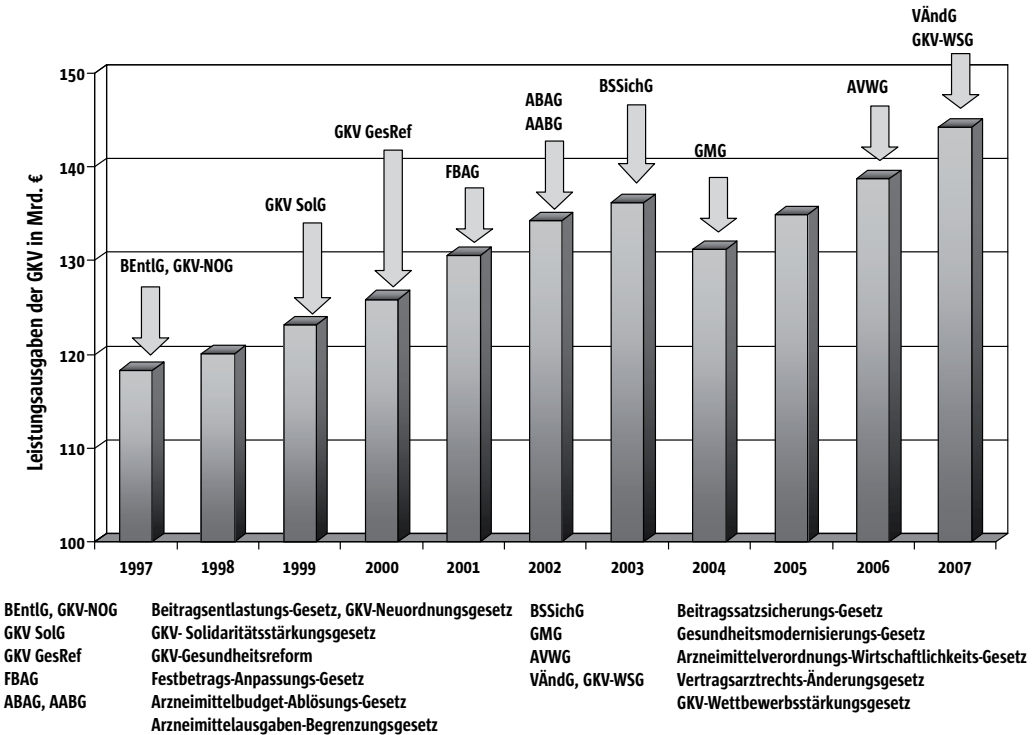


Abb. 2 Reformen des Gesundheitswesens

dämpfungmaßnahmen müssen weitreichende strukturelle Veränderungen eingeleitet werden, damit sie nachhaltig greifen können. Beispielhaft sei hier nur die Einführung einer Kosten-Nutzen-Bewertung oder eines Zweitmeinungssystems im Arzneimittelsektor genannt. Eine vollständige Umsetzung dieser im April 2007 implementierten Maßnahme wird nicht vor 2010 erwartet.

Wie lassen sich also Gesetze und Reformen mit einem vordergründigen Kostendämpfungscharakter von denen unterscheiden, die echte Strukturveränderungen beinhalten? Und weshalb ist es wichtig, diese zu erkennen?

Letzteres lässt sich leicht beantworten: Reformen, die die Strukturen im Gesundheitssystem verändern, haben zwangsläufig Einfluss auf nahezu alle Akteure des Systems. Jeder die-

ser Akteure ist deshalb gut beraten, sich nicht nur die im Gesetz angelegten Trends zu gegenwärtigen, sondern deren Auswirkungen und Konsequenzen auf das Gesamtsystem sowie auf die einzelnen Beteiligten zu verstehen und Handlungsoptionen daraus abzuleiten. Strukturelle und infrastrukturelle Veränderungen im System erfordern meist auch Veränderungen beim einzelnen Betroffenen – sie bergen aber auch jede Menge Chancen, vor allem für diejenigen, die diese Veränderungen früh genug erkennen und annehmen.

Wie können aber nun Gesetze mit strukturellen Veränderungen identifiziert werden? Ein einfaches, aber markantes Indiz ist sicherlich: Diese Gesetze dienen in erster Linie den Interessen derer, die sie formuliert bzw. initiiert haben. Die komplexen Veränderungen sind

schwer einzuschätzen und rufen zunächst Ängste und Unklarheiten hervor. Vor der Einführung der DRG nahmen viele Ärzte an, die Patienten würden danach tot oder zumindest „blutig“ entlassen werden – doch so viel veränderte sich durch die langjährige Übergangsphase dann zunächst doch nicht.

Ein weiteres Merkmal für Strukturgesetze zeigt sich in einer stark verzögerten Auswirkung auf das Gesundheitssystem. Als Beispiel sei hier die Abkehr von den tagesgleichen Pflegesätzen im Krankenhaussektor genannt. Diese wurde bereits 1992 beschlossen, aber erst mit der Einführung der G-DRGs 2004 war der damit einhergehende Veränderungsprozess vollständig abgeschlossen. Mit Ablauf der Konvergenzphase in 2009 werden die DRGs nun endlich „scharf gestellt“. Die Einführung dauerte dann also insgesamt 17 Jahre!

Ebenso wie das GMG mit der Einführung der DRGs bergen gerade die neueren Reformen Potenzial für einen gravierenden Umbau des Systems: Gemeinsam wirken sich das VÄndG und das GKV-WSG tiefgreifend auf die Strukturen des Gesundheitssystems aus – aber sie entfalten nur langsam ihre Wirkung. Seit der Einführung des VÄndG sind beispielsweise *standortübergreifende Kooperationsmodelle* möglich, die selbst die Grenzen einer Kassenärztlichen Vereinigung *überschreiten – aber selbst zwei Jahre nach Verabschiedung des Gesetzes* nutzen bisher nur wenige Ärzte die Möglichkeiten der standortübergreifenden Berufsausübungsgemeinschaften. Der *Gesundheitsfonds* wurde zwar im April 2007 mit dem GKV-WSG beschlossen, wird aber erst zum Januar 2009 – also fast zwei Jahre später – und dann zusammen mit dem morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich (MorbidityRSA) umgesetzt. Im Folgenden wird es also vor allem um Veränderungen durch diese beiden „Strukturreformen“ gehen. Beleuchtet werden die Auswirkungen auf die Leistungserbringer und auf die Kostenträger – aber auch die Interaktion der einzelnen Strukturelemente miteinander wird dargestellt.

Für die nachfolgenden strategischen Ableitungen ist es erwähnenswert, dass neben den genannten gravierenden Veränderungen, wie z. B. Gesundheitsfonds und MorbidityRSA, die wettbewerbliche und selektivvertragliche Ausgestaltung des Gesundheitssystems eine der weitreichendsten Veränderungen darstellt. Die sukzessive Umstellung von kollektiver zu selektiver Vertragswelt ist nicht etwa nur ein Beiwerk des Wettbewerbsstärkungsgesetzes. Der Wandel zum Selektivvertrag spiegelt den in einem zehnjährigen Reformprozess zum Ausdruck gebrachten Willen des Gesetzgebers wider und erfordert von Leistungserbringern und Kostenträgern gleichermaßen ein Umdenken und ein entsprechendes Handeln.

Ganz in diesem Sinne stellte Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt bei der Verabschiedung des GKV-WSG die Modernisierung der Strukturen des Gesundheitswesens in den Mittelpunkt (Plenarprotokoll 16/61, 2006, S. 5968). Als wesentliche Kernelemente der Modernisierung benannte sie:

- den Ausbau der Möglichkeiten von Kassen und Leistungserbringern, Einzelverträge zu schließen,
- die Notwendigkeit, die Grenzen zwischen den verschiedenen Versorgungsbereichen – niedergelassenen Praxen, Krankenhäusern und Rehabilitationseinrichtungen – zu überwinden.

Für die Krankenkassen ist jetzt also das Spielfeld der Einzelverträge interessant: Sie können ihren Mitgliedern besondere Angebote machen und gleichzeitig ihre Kosten senken. Die Einzelpraxis ist mit der zusätzlichen Aufgabe des Vertragmanagements den sich neu bildenden größeren Einheiten aber möglicherweise unterlegen – zumindest wenn sie so weiterarbeitet wie bisher.

1.3 Zukünftige Veränderungen im Gesundheitswesen

1.3.1 Versorgungsstrukturen heute und morgen

Heute sind die Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung noch stark vom Kollektivvertrag geprägt. Im Rahmen der Gesamtverträge werden die Beträge mit befreiender Wirkung von den Krankenkassen an die Kassenärztlichen Vereinigungen (KV'en) überführt (Summe der Kopfpauschalen). Die KV'en wiederum leiten die Gelder auf der Basis eines festgelegten Honorarverteilungsmaßstabs an die Vertragsärzte weiter. Grundlage der Leistungsabrechnung ist der Einheitliche Bewertungsmaßstab (EBM). Doch diese Budgets sind gedeckelt und bilden nicht den tatsächlichen Aufwand in der Leistungserbringung der Vertragsärzte ab – zumindest so lange die Honorarentwicklung über die Kopfpauschalen an die Entwicklung der Grundlohnsumme gekoppelt ist. So verändern sich die Budgets nicht, ganz gleich, ob in einem Quartal ein nor-

males Patientenaufkommen zu verzeichnen war oder ob z. B. aufgrund einer Grippewelle das Patientenaufkommen sehr hoch war. Ein abgerechneter EBM-Punkt ist also je nach Quartal unterschiedlich viel wert, da das Gesamtbudget der KV sich nicht verändert, der Umfang der erbrachten Leistungen hingegen schon. Somit liegt das Morbiditätsrisiko beim Leistungserbringer Arzt. Die Übertragung des Morbiditätsrisikos und die bessere Planbarkeit durch die Umstellung auf Eurowerte bilden das Kernstück der Honorarreform, die 2009 mit dem EBM 2008 umgesetzt werden soll.

Die folgende Abbildung 3 zeigt das Zusammenspiel der unterschiedlichen Akteure im Gesundheitswesen heute.

In der heutigen kollektivvertraglich organisierten Versorgung wächst die Anzahl der Selektivverträge (Direktverträge zwischen Krankenkassen und Leistungserbringer) noch eher zögerlich. Nach der Einführung des Gesundheitsmodernisierungsgesetzes (GMG) 2004 und der einprozentigen Anschubfinanzierung war bei den Verträgen zur integrierten Versorgung zwar eine gewisse Dynamik zu verzeichnen, al-

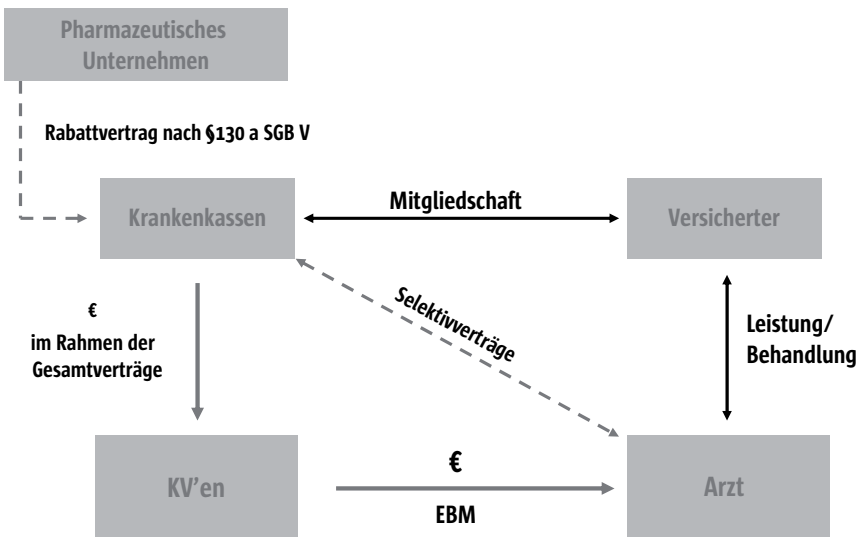


Abb. 3 Versorgungsstrukturen heute

lerdings ist damit zu rechnen, dass im Jahr 2009, wenn die Anschubfinanzierung ausläuft, viele der über 6.000 abgeschlossenen IV-Verträge gekündigt werden. Das gilt insbesondere für die Verträge, die den Ansprüchen der Versorgungsoptimierung bei gleichzeitiger Verbesserung des ökonomischen Outcome nicht standhalten können. Wäre nicht die Gesundheitsreform gekommen, in der einerseits der Wirtschaftlichkeits- und Wettbewerbsdruck auf die Krankenkassen erhöht, aber auch die Möglichkeit zum Abschluss auf Direktverträge erweitert wurde, hätte man sich um die Zukunft der integrierten Versorgung in der Tat sorgen müssen. Denn mit dem GKV-WSG hat der Gesetzgeber den § 140a Abs. 2 SGB V dahin gehend geändert, dass die Verträge zur integrierten Versorgung eine bevölkerungsbezogene Flächendeckung der Versorgung und/oder der Volkskrankheiten ermöglichen sollen.

Aufgrund der oben genannten neuen gesetzlichen Regelungen ist aber mit einer neuen Dynamik der Direktverträge zu rechnen: Als Treiber fungieren die neue Finanzierungssystematik mit Gesundheitsfonds und morbiditätsorientiertem Risikostrukturausgleich (MorbiRSA) sowie die wettbewerbliche Ausrichtung des Gesundheitswesens ab 2009. Hierdurch ist seitens der Kassen eine deutlich größere Motivation zum Abschluss von Selektivverträgen zu erwarten. Hätte der Gesetzgeber nur die Vertragsmöglichkeit der integrierten Versorgung (mit den erschwerten Rahmenbedingungen) nach § 140a ff. SGB V belassen, würde die „Schwungmasse“ zur selektivvertraglichen Umgestaltung fehlen. Neben der integrierten Versorgung hat der Gesetzgeber jedoch mit den Verträgen zur Hausarztzentrierten Versorgung (§ 73b SGB V) und zur besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung (§ 73c SGB V) weitere Versorgungsverträge als selektivvertragliche Möglichkeiten eingeführt, die die Versorgung ganzer Flächen als Vertragsbestandteil beinhalten. Es ist also nur konsequent, wenn der Wille zur selektivvertrag-

lichen Ausgestaltung sich in den Gesetzesänderungen wiederfindet.

Vor dem Hintergrund der genannten Entwicklungen kann man bei den zukünftigen Versorgungsstrukturen von einer deutlichen Zunahme der Direktverträge ausgehen, wie die folgende Abbildung 4 zeigt.

Ein über zehnjähriger Reformprozess gipfelt also im GKV-WSG. Die von der Politik gewollte wettbewerbliche Ausgestaltung des Gesundheitswesens fordert sowohl eine neue Positionierung der Akteure, als auch eine veränderte Beziehung zwischen den Akteuren untereinander:

Krankenkassen stehen unter anderem durch die neue Finanzierungssystematik, d. h. durch die Insolvenzfähigkeit und die kassenartenübergreifenden Fusionsmöglichkeit bzw. die Gefahr der Übernahme durch eine andere Kasse, unter einem nie da gewesenen Wirtschaftlichkeits- und Wettbewerbsdruck. Gleichzeitig erhalten die Krankenkassen ein „messerscharfes Schwert“ in die Hand – denn sie haben jetzt die Befugnis, mit Industrie und Leistungserbringern Selektivverträge abzuschließen.

Die Einnahmen der Krankenkassen sind ab 2009 durch den einheitlichen, von der Bundesregierung festgesetzten Beitragssatz und durch die Zuweisung aus dem Fonds, d. h. Grundpauschale und Zuschläge aus dem MorbiRSA, fixiert. Einfluss auf die Einnahmen haben die Krankenkassen ab 2009 nur noch durch Zusatzbeiträge und Wahltarife. Ersteres werden die Kassen vermeiden wollen, weil die Wechselbereitschaft der Patienten, insbesondere der „guten Risiken“ bei Zusatzbeiträgen, als hoch eingeschätzt wird.

Wesentliche Steuerungsmöglichkeiten liegen demnach lediglich in der Verringerung der Ausgaben. Das bedeutet, für die Krankenkasse werden die Effizienz und die Qualität in der Versorgung jedes einzelnen Patienten existenziell wichtig. Einerseits dürfen die Versorgungskosten, die ein *Patient* verursacht, die Zuweisung aus dem Fonds und die Zuschläge aus

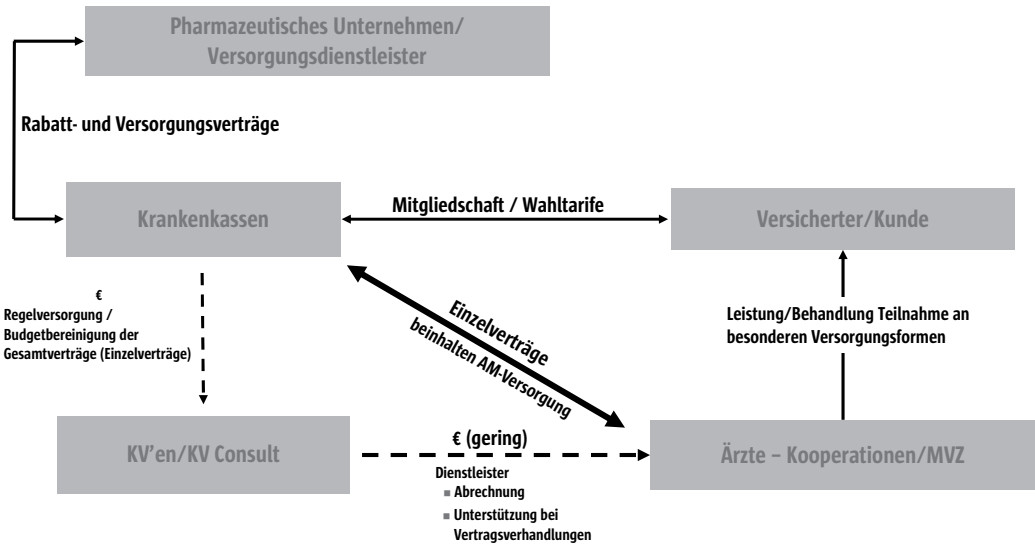


Abb. 4 Versorgungsstrukturen morgen

dem MorbiRSA auf keinen Fall überschreiten. Andererseits muss die Kasse für den *Versicherten*, der gerade keine Leistungen in Anspruch nimmt, so attraktiv sein, dass er keinen Anlass für einen Kassenwechsel erwägt, insbesondere wenn die Kasse Zusatzbeiträge erheben muss. Für die Krankenkasse wird der Versicherte somit zum Kunden, der idealerweise mit maßgeschneiderten Wahlтарifen seinen individuellen Zusatznutzen erkennt.

Wahlтарife bergen jedoch ihrerseits gleich zwei Herausforderungen:

- Bei Bonus-Modellen werden dem System noch mehr Gelder entzogen.
- Die Tarife müssen sich rechnen, d. h. Quersubventionierungen sind nicht erlaubt. Verkalkulieren sich die Kassen bei den Wahlтарifen, werden sie u. U. vom Bundesversicherungsamt oder von der zuständigen Aufsichtsbehörde zum „Zurückrudern“ aufgefordert.

Der *Leistungserbringer* wird vor diesem Hintergrund für die Krankenkasse zu einem Vertragspartner, der die Qualität, die Effizienz und die

Ökonomie seiner Leistung belegen muss. Über die Möglichkeit des selektiven Kontrahierens können zwischen Kasse und Leistungserbringer sowohl Honorarpauschalen als auch qualitätsabhängige Leistungspauschalen vereinbart werden. Komplexe Verträge können sogar die Arzneimittelversorgung beinhalten. Die Grundlage hierfür wurde bereits mit dem GKV-WSG geschaffen, in dem Verträge zur integrierten Versorgung (§ 140 a ff. SGB V) die Arzneimittelversorgung über Rabattverträge nach § 130 a Abs. 8 SGB V beinhalten sollen. Darüber hinaus wurden im GKV-WSG noch weitere Optionen zum Abschluss von Direktverträgen zwischen Kassen und Leistungserbringern implementiert: Die Pflege (SGB XI) und Pflegeeinrichtungen können nun in die integrierten Versorgungsverträge aufgenommen werden. Mit der Hausarztzentrierten Versorgung (§ 73 b SGB V) und Verträgen für die besondere ambulante Versorgung (§ 73 c SGB V) kann schon heute fast die komplette ambulante Versorgung über Direktverträge abgebildet werden.

In der Folge sind die Leistungserbringer gefordert, neben der Verbesserung ihrer Verhand-

lungskompetenz die Kosten ihrer Leistungen zu benennen. Es ist davon auszugehen, dass in Selektivverträgen zukünftig Honorarpauschalen zwischen Kassen und Leistungserbringern vereinbart werden. Grundlage für eine Gliederung könnten Indikationen oder Indikationsgruppen nach der MorbiRSA-Systematik sein.

Krankenkassen werden zukünftig außerdem in der Lage sein, den Betrag, den sie für einen einzelnen Versicherten aus dem Fonds/MorbiRSA erhalten, genau zu ermitteln. Diese Beträge könnten die Basis für Verhandlungen mit den Leistungserbringern bilden. Spätestens dann müssen die Ärzte kalkulieren können, welchen Betrag sie für eine kostendeckende Leistungserbringung benötigen. Sind sie dazu nicht in der Lage, drohen betriebswirtschaftliche Einbußen.

Sollten Leistungserbringer bzw. Leistungserbringerverbünde höhere Beträge für eine Leistung fordern, als die Krankenkassen anbieten, müssen sie den Mehrnutzen beispielsweise in Form von kompensatorischen Einsparungen oder einer besseren Qualität belegen können. Daher empfiehlt es sich für Ärzte, ihre Leistungen schon heute mit „output“ und „outcome“ im Vergleich zu anderen Leistungserbringer oder Therapien zu evaluieren und zu dokumentieren.

Diese neuen Herausforderungen sind kaum mehr von einer klassischen Einzel- oder Gemeinschaftspraxis zu bewältigen. Kooperationen in Form von Verbänden oder MVZs helfen, Synergien zu nutzen, Kompetenzen (z. B. Verhandlungskompetenzen) zu bündeln und somit Wirtschaftlichkeitsreserven zu heben.

Für den Aspekt Verhandlungskompetenz waren bisher die *Kassenärztliche Vereinigungen* zuständig. Sie haben vor allem eines für die Ärzte verhandelt: Die Arzneimittelbudgets und die Honorare im Rahmen der Gesamtverträge. Dass die Gelder, die bei den Ärzten ankamen, immer weniger wurden, lag nicht etwa an den schlechten Verhandlungsergebnissen der KV'en, sondern zum einen an der Kopplung der Ärzteho-

norare an die Entwicklung der Grundlohnsumme und zum anderen an den gestiegenen Ärztezahlen, gemessen an den zu versorgenden Einwohnerzahlen pro Arzt. So waren laut KBV-Statistik zu Beginn des Jahres 2007 in Deutschland 136.105 ambulant tätige Ärzte niedergelassen. Das entspricht allein seit 1995 einem Wachstum von ca. 16 Prozent. Mit dem System der gedeckelten Budgets ist gut nachvollziehbar, dass der zu erzielende Umsatz und das somit zu erzielende Einkommen in den letzten Jahren für jeden einzelnen Arzt merklich geschrumpft ist. Die Ärzte sehen sich also schwindenden Einnahmen ausgesetzt. Dieser Trend wird künftig noch mehr verschärft, je mehr Einzelverträge parallel zu den Kollektivverträgen zwischen Kassen und Leistungserbringern abgeschlossen werden, vor allem wenn diese eine Budgetbereinigung nach sich ziehen. Die Budgetbereinigung erfolgt auf der Ebene der Gesamtverträge. Ergo wird der zu verteilende „Topf“ sich um die jeweiligen Summen der Direktverträge reduzieren. Die KV'en sind also gut beraten, wenn sie den Ärzten ihre Kompetenz weiterhin zur Verfügung stellen, sie im Rahmen einer im Gesetz vorgesehenen KV-Consult (§ 77a SGB V) beraten und anstehende Verhandlungen führen. Die KV-Consult muss allerdings hierfür gesonderte Gebühren erheben. Innerhalb der sogenannten KV-Umlage darf diese Leistung nicht erbracht werden.

Interessenkonflikte können durchaus entstehen, wenn Leistungserbringer die Teilnahme an einem Selektivvertrag einfordern, die KV-Consult aber im Sinne des selektiven Kontrahierens den einen oder anderen Leistungserbringer außen vor lassen muss. Diese Gefahr ist umso größer, je mehr personelle Überschneidungen es zwischen KV und KV-Consult gibt.

1.3.2 Selektiv- und Kollektivverträge

Die wettbewerbliche Ausrichtung des Gesundheitswesens und die damit verbundenen Selektiv-

tivverträge sind nicht etwa eine Modeerscheinung oder nur eine nebensächliche Auswirkung des GKV-WSC. Selektivverträge sind vielmehr eine in einem zehnjährigen Reformprozess angelegte Entwicklung – ein gewollter Trend, wie Tabelle 2 zeigt.

Betrachtet man die Kontinuität, mit der die Umsetzung von wettbewerblichen Elementen und Selektivverträgen in den letzten Gesetzgebungen implementiert wurde, könnte man beinahe von einem Masterplan sprechen.

Der Wille des Gesetzgebers geht aber nicht nur aus der Kontinuität hervor, mit der er die

Tab. 2 Gesetzlich angelegter Reformprozess

1999	GKV-Reformgesetz 2000 ¹	integrierte Versorgung (IV)
2001	RSA-Reform ²	Einführung M-RSA ab 2007 Einführung DMP
2003	SSichG ³	Erstmalige Möglichkeit zum Abschluss von Rabattverträgen
2003	GMG ⁴	integrierte Versorgung (IV): Anschubfinanzierung Einführung von Managementgesellschaften (Medizinische Versorgungszentren und hausarztzentrierte Versorgung noch im Kollektivvertrag)
2006	AVWG ⁵	Abschluss von Rabattverträgen auf „Dritte“ ausgeweitet.
2007	VÄndG ⁶	Verlängerung der Anschubfinanzierung (IV) Flexibilisierung der Rahmenbedingungen für Zulassung und Versorgung ermöglichen die Einführung wettbewerblicher Strukturen
2007	GKV-WSG ⁷	Pflege kann Bestandteil von IV-Verträgen werden Hausarztzentrierte Versorgung (§ 73 b SGB V) und besondere ambulante ärztliche Versorgung (§ 73 c SGB V) können einzelvertraglich mit Kassen abgeschlossen werden Druck auf Umsetzung von Rabattverträgen (Substitutions- und Abgabepflicht in Apotheken (§ 129 Abs. 4 SGB V) Krankenkassen können ihren Versicherten Wahltarife (§ 53 SGB V) anbieten Öffnung Krankenhäuser für spezielle ambulante Versorgung (§ 116 b SGB V)

1. Gesetz zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherung ab dem Jahr 2000 (GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000) vom 22.12.1999, BGBl. I, 1999, S. 2626 ff.
2. Gesetz zur Reform des Risikostrukturausgleichs in der gesetzlichen Krankenversicherung, 10.12.2001, BGBl. I, 2001, S. 3465 ff.
3. Gesetz zur Sicherung der Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung und der gesetzlichen Rentenversicherung – Beitragssatzsicherungsgesetz (BSSichG), 23.12.2002; BGBl. 2003, I S.844 ff.
4. Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Modernisierungsgesetz – GMG) vom 14.11.2003, BGBl. I, 2003, S. 2190
5. Gesetz zur Verbesserung der Wirtschaftlichkeit in der Arzneimittelversorgung, 26.04.2006, BGBl. I, 2006, S. 948ff
6. Gesetz zur Veränderung des Vertragsarztrechts und anderer Gesetze (Vertragsarztrechtsänderungsgesetz VÄndG) 22.12.2006, BGBl. I, 2006, 3439 ff.
7. Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz – GKV-WSG) 26.03.2007, BGBl. I, 2007, 378 ff.; (maßgebliche Umsetzung 2009)