

1. Auflage
Berlin 2007

Schriftenreihe
Band 6

6

Ausstieg aus dem System der kassenärztlichen Versorgung Perspektiven



Verband der Privatärztlichen
Verrechnungsstellen
Ärztliche Gemeinschaftseinrichtung

1. Auflage
Berlin 2007

Schriftenreihe
Band 6

| 6

Ausstieg aus dem System der kassenärztlichen Versorgung Perspektiven



Verband der Privatärztlichen
Verrechnungsstellen
Ärztliche Gemeinschaftseinrichtung

Vorwort des Herausgebers

Die Kassenärztlichen Vereinigungen ...

sind historisch betrachtet Resultat einer Notverordnung. 1883 wurde die Gesetzliche Krankenversicherung in Deutschland eingeführt. Bis dahin schlossen die Krankenkassen zur medizinischen Versorgung ihrer Versicherten Einzelverträge mit den Ärzten ab. Es herrschte ein deutliches Verhandlungsungleichgewicht zwischen Kassen und Ärzten, in dessen Folge es wiederholt zu Auseinandersetzungen kam, die bis zur Niederlegung der Praxistätigkeit und damit zu einer Mangelversorgung der Patienten führte. Mit der Gründung des Hartmannbundes wurde das Prinzip der gemeinsamen Selbstverwaltung der Ärzte und Krankenkassen ins Leben gerufen. 1931 wurden die Kassenärztlichen Vereinigungen im Rahmen einer Notverordnung dann zu Vertragspartnern der Krankenkassen gemacht. Dieser Schritt begründete die ärztliche Selbstverwaltung, so wie sie bis heute Gültigkeit hat. Einzelverträge wurden durch Kollektivverträge abgelöst, der Dienst der Kassenärzte an den Patienten erhielt auf diese Weise eine tragfähige Basis. Die Gründung der Kassenärztlichen Vereinigungen war ein gewichtiger Meilenstein für die ambulante medizinische Versorgung – sowohl aus der Sicht der Ärzte als auch für die Patienten.

Die Kassenärztlichen Vereinigungen sind in ihrer Anlage von je her janusköpfig – sie sind als Körperschaften öffentliches Rechtes zugleich Interessenvertretungen des Staates wie auch der Vertragsärzte und Patienten. Jahre der Kostendämpfungspolitik haben deutliche Spuren hinterlassen. Die Berufszufriedenheit der niedergelassenen Ärzte ist stark gesunken. Die Ärzteproteste des vergangenen Jahres haben dies deutlich werden lassen. Der einzelne Arzt hegt Zweifel, ob die Kassenärztliche Vereinigung nach wie vor tatsächlich die geeignete Vertretung seiner Interessen ist. Die Ärzte befürchten, durch

das schwache Auftreten ihrer gewählten Vertreter gegenüber den politischen Entscheidern mehr und mehr zu Erfüllungshelfern einer Gesundheitspolitik zu werden, die medizinisches Handeln zunehmend dirigistisch lenkt, Rationierungen auf die Tagesordnung setzt, die Unterfinanzierung ärztlicher Leistungen fortschreibt und die freie ärztliche Berufsausübung in immer engere Grenzen verweist. Das Referendum der Kassenärztlichen Bundesvereinigung hat die große Unzufriedenheit der Mitglieder hinsichtlich der Vertretung ihrer Interessen gegenüber der Politik zu Tage gefördert. Das ist wohl das wichtigste Ergebnis des Referendums – denn hier entscheidet sich die Existenzberechtigung dieser ärztlichen Selbstverwaltungseinrichtung.

Die Kritik am System ist nicht länger zu überhören und kumuliert in der Frage nach dem Systemausstieg. Verschiedene ärztliche Zusammenschlüsse rufen dazu auf und bereiten sich gleichzeitig darauf vor, das Vertragsgeschäft der Kassenärztlichen Vereinigungen zu übernehmen. Wie kann aber dann die flächendeckende, wohnortnahe und qualitativ hochwertige ambulante medizinische Versorgung der Versicherten auch in Zukunft garantiert werden? Diese Frage muss im Mittelpunkt stehen, wenn es darum geht, neue Antworten auf die Herausforderungen eines sich verändernden Versorgungssystems zu finden. Der Wunsch der Patienten, sich auch in so genannten strukturschwachen Regionen aufs Beste versorgt wissen zu können, ist legitim. Nicht übersehen werden darf auch, dass der Gesetzgeber als treibende Kraft bereits seit Jahren ambulante Versorgungsstrukturen fordert, die unabhängig von den Kassenärztlichen Vereinigungen arbeiten. Deshalb muss die Frage gestellt werden, wie die zukünftige Rolle der Kassenärztlichen Vereinigungen aussehen kann. Wie auch immer die Antwort ausfallen mag: Entscheidend ist, dass der Patient die Versorgung bekommt, die er benötigt und dass der Vertragsarzt Rahmenbedingungen vorfindet, die ihm seine Arbeit in Übereinstimmung mit seiner Überzeugung und mit dem notwendigen Verantwortungsspielraum ermöglichen, bei gleich-

zeitiger Bezahlbarkeit der ärztlichen Leistungen und angemessenen Honoraren.

Wir wollen mit diesem Band einen Beitrag dazu leisten, die Diskussion um den Systemwechsel und den Systemausstieg auf ein sicheres Fundament zu stellen. Die Akteure im Gesundheitswesen kommen zu Wort – Patienten und Krankenkassen ebenso wie die Ärzte und die Kassenärztlichen Vereinigungen. Und auch wichtige Ideengeber, die nicht dem Gesundheitswesen zuzuordnen sind, haben ihre Vorstellungen zu einem zukunfts- und leistungsfähigen Gesundheitswesen einfließen lassen.

Dr. med. Jochen-Michael Schäfer
Erster Vorsitzender PVS Verband
Berlin, im Februar 2007

| Inhalt

	Vorwort des Herausgebers · · · · ·	3
1	Innenperspektive · · · · ·	9
1.1	DR. ANDREAS KÖHLER Muss die KV sich selbst in Frage stellen? · · · · ·	10
1.2	DR. JÜRGEN FEDDERWITZ Totgesagte leben länger – Warum Kassenzahnärztliche Vereinigungen eine Zukunft haben · · · · ·	16
1.3	DR. JOBST-WILKEN CARL Die Kassenzahnärztliche Vereinigung als Selbsthilfeeinrichtung · · · · ·	24
2	Die Situation der Ärzte · · · · ·	33
2.1	DR. KLAUS BITTMANN Ausstieg aus der KV als letztes Mittel · · · · ·	34
2.2	DR. DR. CHRISTIAN SCHERER Der kieferorthopädische Kassenkonflikt Eine sozialpolitische Fallstudie · · · · ·	41
2.3	FRANZ-JOSEF MÜLLER KV-Ausstieg als unternehmerische Herausforderung · · · ·	53
2.4	DR. CONRAD C. SINGE Erfahrungen aus der privatärztlichen Praxis – ein Berufsleben unabhängig von der KV · · · · ·	66
3	Die Patientenperspektive · · · · ·	75
3.1	OTTO KUTZSCHBACH Was bedeutet die Zulassungsrückgabe für den einzelnen Patienten? · · · · ·	76
4	Rechtliche Grundlagen und Konsequenzen des kollektiven Systemausstiegs · · · · ·	83
4.1	PETER SCHOLICH Juristische Aspekte des kollektiven Systemausstiegs · · · ·	84

4.2	FRANK SCHRAMM Die Rechtsprechung des Landessozialgerichts Niedersachsen-Bremen zum kollektiven Zulassungsverzicht (§ 95b SGB V)	93
4.3	DR. PETER WIGGE, ANKE HARNEY KV-Ausstieg durch Systemwandel – vom Kollektivvertrag zum Einzelvertrag	106
5	Ausblicke	139
5.1	DR. FELIX CORNELIUS Wer macht die Arbeit, wenn nicht die KV? Die POLIKUM-Perspektive	140
5.2	DR. KLAUS MEYER-LUTTERLOH Zukunftsperspektiven für die Sicherstellung der medizinischen Versorgung	153
5.3	RALF SJUTS Ausstieg aus der Kassenärztlichen Vereinigung – Einstieg in die Zukunft?	167
5.4	DR. JOACHIM KARTTE, DR. KARSTEN NEUMANN Die Rolle der Kassenärztlichen Vereinigungen in einem effizienten und hochwertigen Gesundheitssystem der Zukunft	175
5.5	PROF. DR. NORBERT WALTER Den Gesundheitsmarkt als Wachstumsmarkt begreifen	183
6	Autorenübersicht	191
	Impressum	200

| 1

Innenperspektive

Wie sehen die Kassenärztlichen
Vereinigungen ihre Zukunft?

| 1.1 Muss die KV sich selbst in Frage stellen?

Dr. Andreas Köhler

KBV und KVen vertreten als Organisationen der ärztlichen Selbstverwaltung ihre Mitglieder. Sie haben in dieser Funktion nur solange eine Existenzberechtigung, solange sie diese Aufgabe besser erfüllen können, als andere Organisationen.

KBV und KVen sind Körperschaften des öffentlichen Rechts. Ihnen ist per Gesetz eine Vielzahl an Regulierungsaufgaben übertragen. Auch in dieser Funktion hängt ihre Existenzberechtigung davon ab, ob sie die ihnen übertragenen Aufgaben besser und effizienter erfüllen können, als andere denkbare Organisationen.

KBV und KVen organisieren immer noch den überwiegenden Teil der ambulanten ärztlichen Versorgung. Sie garantieren, dass flächendeckend und wohnortnah eine qualitätsgesicherte ambulante ärztliche Versorgung vorhanden ist. Mit zunehmendem Wettbewerb wird diese Funktion ausgehöhlt. Dabei handelt es sich um eine gesamtgesellschaftliche Entscheidung: wollen wir auch weiterhin die wohnortnahe flächendeckende Versorgung, oder überlassen wir es dem Wettbewerb, wo in Zukunft die Behandlung stattfindet? Bleibt die freie Arztwahl prinzipiell erhalten oder gehen wir den Weg in ein Primärarztssystem? Die Existenzberechtigung des KV-Systems hängt auch von der Beantwortung dieser Fragen ab.

KBV und KVen sind Partner in der gemeinsamen Selbstverwaltung von Ärzten und Krankenkassen. Ihr obliegt per Gesetz und nach staatlichen Rahmenvorgaben die Konkretisierung des Leistungskatalogs und die kollektivvertragliche Steuerung des ambulanten Versorgungssystems. Die Existenzberechtigung des KV-Systems hängt auch mit der Frage zusammen, inwieweit die Feinsteuerung des Systems immer mehr verstaatlicht wird.

Wer die Frage nach der Zukunft des KV-Systems stellt, muss abwägen, ob die genannten vier Kernaufgaben heute noch sinnvoll sind und wenn ja, von wem sie am besten erfüllt werden können.

Die erste Kernaufgabe ist die Interessenvertretung für Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten. Die Gestaltungsspielräume der KVen dabei sind ohne Zweifel durch den körperschaftlichen Status eingeschränkt. Bestimmte Maßnahmen der Durchsetzung von Interessen sind dadurch für sie unmöglich. Aber: könnten freie Verbände, die nicht in die gemeinsame Selbstverwaltung eingebunden sind, alleine mehr erreichen? Ist es nicht besser, die körperschaftliche Selbstverwaltung und die freien Ärzteverbände zu nutzen, um eine erfolgreiche Interessenvertretung zu gestalten? Heute arbeiten beide zusammen, wenn es um die Durchsetzung vitaler vertragsärztlicher Interessen geht. Und noch eins spricht für die KV als unverzichtbarer Interessenvertretung: ihre Mitgliederstruktur umfasst alle niedergelassenen Vertragsärzte und -psychotherapeuten. Der oft schwierige innerärztliche Ausgleich kann so zunächst in der eigenen Körperschaft erfolgen. Freie Verbände dagegen sind auf bestimmte Versorgungsebenen oder Arztgruppen ausgerichtet, der Gesamtvertretungsanspruch entfele weitgehend. Notwendige Konfliktlösungen würden nicht mehr primär innerhalb der Ärzteschaft, sondern extern erfolgen müssen.

Eng damit verknüpft sind die Kontroll- und Prüfaufgaben, die derzeit von den KVen wahrgenommen werden. Es ist völlig unstrittig, dass Abrechnungs-, Qualitäts-, und Plausibilitätsprüfungen notwendig sind. Das Problem der KV dabei: damit tritt sie ihren Pflichtmitgliedern gegenüber eben nicht als Dienstleister auf, sondern als Büttel. Aber auch hier gilt: wenn die ärztliche Selbstverwaltung diese Aufgabe nicht wahrnimmt – und zwar ernsthaft – dann wird sie an Externe übergehen. Die Selbstverwaltung ist aber viel näher an den täglichen Problemen der Praxen, als dies eine Behörde oder eine Kassenabteilung sein könnte.

Ähnliches gilt auch für die gemeinsame Selbstverwaltung von Ärzten und Krankenkassen. Deren Gremien ist bisher die Feinsteuerung der Versorgung übertragen. In gemeinsamer Verantwortung werden die notwendigen Entscheidungen getroffen. Und zwar von den Partnern der Selbstverwaltung, den Krankenkassen und für den ambulanten Bereich der KBV. Die Selbstverwaltung schützt vor zuviel staatlicher Regulierung. Wenigstens bislang. Denn mit dem GKV-WSG werden die Strukturen der gemeinsamen Selbstverwaltung weitgehend entmündigt. Mit diesen Bestimmungen wird ein riesiger Schritt hin zur Staatsmedizin getan. Davor warnen alle. Sollte das KV-System seine Aufgaben nicht mehr wahrnehmen können, wäre das ein weiterer Schritt in diese falsche Richtung.

Entscheidend ist aber aus Sicht der KBV die Grundsatzfrage, ob wir in Deutschland das kollektivvertragliche Regelversorgungssystem als Basis auch weiterhin wollen. Es ist Voraussetzung dafür, dass wir die freie Arztwahl erhalten können. Ohne den Kollektivvertrag könnte jeder Patient nur noch die Ärzte aufsuchen, mit denen seine Krankenkasse einen Vertrag hat. Er garantiert den gleichen Zugang zu qualitätsgesicherten ärztlichen Leistungen für alle überall in Deutschland. Zerfasert die Versorgung in eine große Menge kleinräumiger Versorgungsiseln, gehört diese freie Arztwahl bald der Vergangenheit an. Denn Patienten müssen sich in die Versorgungsformen einschreiben und werden dort an bestimmte Leistungsanbieter und vorgegebene Wege gebunden.

Auch die Beibehaltung des Sachleistungsprinzips wird erheblich bürokratischer und aufwändiger, wenn jede Krankenkasse für ihre Patienten mit den Ärzten direkt abrechnet. Vor allem in den Arztpraxen würde das zu einem erheblichen Mehraufwand führen. Natürlich ist das Sachleistungsprinzip auch ohne Kollektivvertrag und ohne KV denkbar, aber der Aufwand hierfür wäre sehr viel höher. Insbesondere die Frage der Inanspruchnahme nicht vertraglich an die jeweilige Kasse gebundener Ärzte im Notfall oder nicht am Wohnort erfordert eine neue Bürokratie. Das alles ist derzeit von den KVen sehr effizient geregelt.

Die Alternative wäre die Kostenerstattung. Darüber wird so wieso immer wieder diskutiert, weil mit der Kostenerstattung die Transparenz und die Steuerungsfunktion erheblich verbessert würden. Aus sozialen und solidarischen Überlegungen heraus wurde allerdings bisher immer wieder pro Sachleistung entschieden: Patienten könnten in der Kostenerstattung mit Vorleistungen überfordert werden und gegebenenfalls auf notwendige Behandlungen verzichten. Außerdem würden Patienten durch den mit der Kostenerstattung verbundenen erhöhten Aufwand belastet.

Die KBV hat sich aus Gründen des Patientenschutzes bisher für den Erhalt der Sachleistung als Grundprinzip in der gesetzlichen Krankenversicherung ausgesprochen. Freiwillig kann jeder die Kostenerstattung wählen, was allerdings bis jetzt nur sehr wenige, nämlich gerade mal 0,04 Prozent aller GKV-Versicherten, getan haben. Dieses Wahlrecht gilt allerdings nicht für Vertragsärzte. Sie können sich entweder für die Kassentätigkeit als Vertragsarzt entscheiden und sind damit in der budgetierten Gesamtvergütung mit den verfallenden Punktwerten gebunden. Wenn es nicht gelingt, diese Budgetierung mit der Gesundheitsreform – wie von den Politikern zugesagt, aber derzeit in den Entwürfen noch nicht realisiert – endgültig aufzuheben, sind viele Praxen in ihrer Existenz bedroht.

Ihre Alternative: die Rückgabe ihrer Zulassung. Das ist aber mit erheblichen Risiken verbunden. Spielen die Patienten dabei mit? Ist die Vergütung nach Gebührenordnung Ärzte mit dem einfachen Satz tatsächlich besser als die jetzige GKV-Vergütung? Können sie überhaupt noch mit den Krankenkassen abrechnen? Ein kürzlich erfolgtes Sozialgerichtsurteil bei den Kieferorthopäden in Niedersachsen besagt zunächst das Gegenteil. Es gäbe keine Abschlagszahlung durch die KV mehr. Das Inkassorisiko würde beim Vertragsarzt liegen. Und nicht zuletzt: eine Vertragsarztpraxis dient auch der Alterssicherung des Praxisinhabers. Denn eine Praxis mit Kassenzulassung kann bei Berufsaufgabe verkauft werden. Der Verkaufserlös ist in die Altersvorsorge einkalkuliert. Ein wichtiger Bestandteil der Alterssicherung würde so wegbrechen.

Die Rückgabe der Kassenzulassung, also der Ausstieg aus dem derzeitigen System, ist für Vertragsärzte eigentlich nur dann eine echte Alternative, wenn eine kritische Masse aller Ärzte einer Region diesen Schritt geht. Ob sie dazu bereit sind, kann derzeit wohl niemand mit Bestimmtheit sagen. Die KBV hat auch deswegen ein ärztliches Referendum in Auftrag gegeben, das netto 20.000 Vertragsärzte und -psychotherapeuten unter anderem auch danach fragt. Durchgeführt wird die repräsentative Befragung durch das renommierte Institut infas. Wir wollen nämlich keine geschönten Ergebnisse, sondern wir wollen wissen, inwieweit die Vertragsärzte und -psychotherapeuten noch hinter der kollektivvertraglichen Struktur und den KVen stehen. Leider liegen derzeit noch keine Ergebnisse vor. Diese werden im Dezember erwartet.

Ich bin zutiefst davon überzeugt, dass die überwiegende Mehrheit der Vertragsärzte diesen Weg nicht wirklich gehen will. Aber sie brauchen Perspektiven im und über den Kollektivvertrag hinaus. Das heißt: im GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz müssen die Budgets wirklich abgeschafft werden. Das Morbiditätsrisiko muss auf die Krankenkassen übergehen. Die Vergütungsreform muss so sein, dass Vertragsärzte wieder die Chance haben, für ihre Leistungen ein angemessenes Honorar zu erhalten. Es ist die Aufgabe der KBV und der KVen, das durchzusetzen.

Damit alleine ist es aber nicht getan. Wir müssen die Versorgungsformen modernisieren, um den veränderten Bedürfnissen der Patienten und der Vertragsärzte Rechnung zu tragen. Dazu stellen wir uns dem auch politisch gewünschten Wettbewerb. Unsere klare, nachvollziehbare Forderung an den Gesetzgeber dabei ist: der bisher in den Entwürfen stehende willkürliche Ausschluss der KVen aus den selektiven Verträgen nach § 73 b und 140 a-d SGB V muss beseitigt werden. Wer echten, sinnvollen Wettbewerb will, darf nicht einen erfahrenen und wichtigen Anbieter einfach ausschließen!

Wir wollen aktiv an der Modernisierung der Versorgungsstrukturen im Interesse der Patienten und der Ärzte mitarbeiten. Dazu müssen wir auch als Organisationen umdenken.

Den Veränderungsprozess, der spätestens mit dem GKV-Modernisierungsgesetz eingeleitet wurde, hat das KV-System aktiv aufgegriffen und vorangetrieben. Wir verändern uns. Unser Leitbild zeigt deutlich, was wir wollen: »Wir sind und bleiben Dienstleister der ersten Wahl für die Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten. Dafür organisieren wir die haus- und fachärztliche ambulante Versorgung – und zwar flächendeckend und qualitätsgesichert. Unsere wichtigsten Ziele sind: die Verbesserung der Arbeitsbedingungen unserer Mitglieder, die größtmögliche Patientenzufriedenheit und eine hohe Akzeptanz in der Bevölkerung und bei unseren Partnern von den Krankenkassen.«

Wir müssen weg von dem Denken der alten, besitzstandswahrenden Körperschaft. Wir sind auf dem Weg zu einer Managementorganisation, die flexibel und innovativ für ihre Mitglieder da ist und sich dem Wettbewerb der anderen Anbieter stellt. Dieser Weg ist richtig. Er ist auch schwierig, denn ein solch tiefgreifender Veränderungsprozess erfordert viel Engagement. Und er braucht seine Zeit. Trotzdem: die Veränderungen sind bereits deutlich spürbar. KBV und KVen sind stärker denn je ärzte- und patientenorientiert. Wir entwickeln neue, gute Versorgungsverträge. Wir legen innovative Projekte wie etwa Telemedizin oder die Kooperation mit einer großen Klinikette auf. Wir tun was!

Denn klar ist: wenn das KV-System sich nicht modernisiert und selbst verändert, dann wird es nicht nur von der Politik in Frage gestellt, sondern auch von seinen Pflichtmitgliedern.

Das wäre letztlich zum Schaden aller. Das von den KVen organisierte kollektivvertragliche Versorgungssystem ist zwar modernisierungsbedürftig, aber auch modernisierungsfähig. Es ist immer noch der Garant für eine qualitätsgesicherte, flächendeckende und wohnortnahe ambulante haus- und fachärztliche Versorgung. Und das sollten wir uns nicht kaputt machen.

| 1.2

Totgesagte leben länger

Warum Kassenzahnärztliche Vereinigungen eine Zukunft haben

Dr. Jürgen Fedderwitz

Die zahnärztliche Versorgungslandschaft ist im Umbruch. Aber Kassenzahnärztliche Vereinigungen (KZVen) werden dadurch nicht entbehrlich. Im Gegenteil: Mit ihrer Hilfe können die Zahnärzte neue Herausforderungen bestehen, wenn die Aufgaben- und Fähigkeitsprofile der Organisationen angepasst werden.

Schöne (?) neue Zahnarztwelt

Gesundheitsreformen haben sich vom regelmäßig wiederkehrenden Ereignis längst zu einem andauernden Prozess entwickelt. Die letzte Reform in Gestalt des GKV-Modernisierungsgesetzes ist noch nicht gar vollständig implementiert, da sind schon zahlreiche neue legislative Vorhaben in den parlamentarischen Pipelines. Vom Vertragsarztrechtsänderungsgesetz (VÄndG) über das Versicherungsvertragsgesetz (VVG) bis hin zum GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (WSG) und der nationalen Umsetzung von EU-Richtlinien fließt ein unablässiger Malstrom der Veränderung, in den unweigerlich auch die zahnmedizinische Versorgungslandschaft gerät. Sie steht vor einem grundlegenden Strukturwandel.

Das Berufsbild differenziert sich

Niederschlag findet dieser Wandel zunächst darin, dass sich die Formen zahnärztlicher Berufsausübung stärker ausdifferenzieren. Bisher ist der selbstständige Zahnarzt in eigener Praxis die vorherrschende Organisationsform. Für die Zu-

kunft bleibt abzuwarten, ob Medizinische Versorgungszentren (MVZ), die in der ärztlichen Versorgung eine wachsende Rolle spielen, auch im zahnärztlichen Bereich Fuß fassen. Klar ist aber: Schon ab 2007 erleichtert das VÄndG die Anstellung von Zahnärzten und erlaubt erstmalig die Bildung von Zweigpraxen und überörtlichen Berufsausübungsgemeinschaften. Damit ist die Voraussetzung für die – sehr kritisch zu sehende – Entstehung von Großpraxen und Praxisketten mit potenten Kapitalgebern im Hintergrund geschaffen. Da immer mehr Frauen in das Studium der Zahnmedizin drängen, wird der Beruf sich in den kommenden zwanzig Jahre »verweiblichen«. Und gerade für Frauen, die Beruf und Karriere unter einen Hut bringen wollen, kann die (Teilzeit-)Anstellung in einer Groß- oder Kettenpraxis eine interessante Option sein. Hinzu kommt, dass sich das Berufsbild auch fachlich stärker ausfächert. Neben dem Generalisten, der als »Hauszahnarzt« fungiert, werden zunehmend Spezialisten für Teilgebiete der Zahnheilkunde zu finden sein. Die ersten Master-Studiengänge, beispielsweise für Implantologie, gibt es bereits.

Der Wettbewerb nimmt zu

Mit der Ausdifferenzierung des Berufsbildes geht auch eine Verschärfung des Wettbewerbs zwischen den Zahnärzten einher. Er wird über die Faktoren Preis und Qualität bzw. Service geführt werden. Ein klares Zeichen dafür, welchen Stellenwert Patienten dem Preis zahnärztlicher Behandlungen mittlerweile einräumen, gibt die Entstehung auktionsähnlicher Internetportale, in denen sich Zahnärzte gegenseitig unterbieten, um neue Patienten zu »ersteigern«. Letztlich ist die Zunahme solcher Wettbewerbsphänomene in den letzten Monaten auch der Einführung befundbezogener Festzuschüsse im Bereich Zahnersatz zum Januar 2005 geschuldet. Sie wirken als Katalysator des Wettbewerbs. Gleichzeitig stellen sie aber zumindest sektoral einen Ausweg aus den klassischen Budgetzwängen dar und ermöglichen den Anschluss gesetzlich Krankenversicherter an den zahnmedizinischen Fortschritt.

Mehr Konkurrenz ist auch durch die neuen Regelungen des WSG zu erwarten, nach denen die Bedarfszulassung im zahnärztlichen Bereich vollständig aufgehoben werden soll. Diese regelt bislang restriktiv, wann und wo ein Zahnarzt sich niederlassen darf. Bald werden aber an attraktiven Standorten in Ballungsgebieten noch mehr Praxen öffnen und den vor Ort etablierten Zahnärzten Konkurrenz machen können. Doch nicht nur der Kampf um gute Praxisstandorte nimmt zu, auch in den Vertragssektor kommt immer mehr Bewegung. Zukünftig können Einzelpraxen oder Zahnarztgruppen mit Krankenkassen Einzel- oder Gruppenverträge abschließen, um bestimmte Leistungen auf besondere Weise geltend zu machen. Die Kassen werden das Vertragsmanagement ihrerseits massiv einsetzen, um Honorarkosten zu minimieren und ihre Ausgaben zu senken.

Eine weitere Zuspitzung erfährt der Wettbewerb durch die Entgrenzung der Gesundheitsmärkte: Zahnärzte nutzen die Türkei und Fernost als verlängerte Werkbank für zahntechnische Arbeiten und versuchen so, Preisvorteile zu erwirtschaften, um Zahnersatz damit kostengünstiger anbieten zu können. Krankenkassen testen die Kooperation mit grenznah angesiedelten osteuropäischen Zahnärzten, um einen »kleinen Grenzverkehr« in Sachen Zahnersatzversorgung zu etablieren. Hinzu kommt der klassische Zahntourismus, bei dem sich Patienten den keinesfalls immer risikofreien Verlockungen hingeben, ihre Implantatversorgung im Ausland zum halben Preis und inklusive Erholungsurlaub an der Schwarzmeerküste zu bekommen.

Gegenläufige Zentralisierungstendenzen

Doch wer glaubt, dass sich damit eine flächendeckende Liberalisierung im Gesundheitswesen vollzöge, der irrt. Denn in bestimmten Teilbereichen findet vielmehr das Gegenteil, also der Rückbau bestehender pluralistischer Strukturelemente, statt. So sieht das WSG die Einführung eines monolithischen Spitzenverbandes der Krankenkassen auf Bundesebene vor. Gleichzeitig muss die private Krankenversicherung massive

gesetzgeberische Eingriffe erdulden, die sie zu systemfremden, weil nicht risikoorientierten Versicherungsangeboten zwingt. Die Einführung eines am GKV-Leistungskatalog orientierten Basistarifs bedeutet für die PKV eine sukzessive Aushöhlung des Vollversicherungsgeschäftes. Sie führt in der Konsequenz zu einer Nivellierung privater und gesetzlicher Gebührenordnungen und mündet in eine Gleichschaltung von PKV und GKV. Damit wird letztlich einer Einheitsversicherung der Weg bereitet, in der es einen Wettbewerb um echte Versicherungs- und Leistungsalternativen nicht mehr geben kann.

Die KZV ist tot – es lebe die KZV

Doch was bedeutet diese Entwicklung für die Zukunft der KZVen? Werden sie obsolet, wo Wettbewerb und Liberalisierung sich Bahn brechen? Sind sie ohnehin überflüssig, wo Vereinheitlichung und Verstaatlichung des Gesundheitswesens Einzug halten? In der Vergangenheit gab es immer wieder massive Rufe aus der Zahnärzteschaft nach einem Ausstieg aus der GKV. Regelmäßig damit verbunden war die Forderung nach einer Liquidation der KZVen. Sie war teilweise ideologisch motiviert, weil man die Organisationen immer auch als verlängerten Arm einer interventionistischen Gesundheitspolitik ansah. Teilweise hatte sie eine reale Basis in der Frustration über die zahlreichen Begrenzungen und Budgetzwänge in der GKV, die man auch den KZVen anlastete.

Mit der GKV bleibt die KZV

Doch viele Beschränkungen sind weggefallen. Ordnungselemente wie das Festzuschusssystem haben die Budgetzwänge reduziert. Die oben beschriebenen Entwicklungen hin zu einer Pluralisierung des Berufsbildes bieten auch mehr Gestaltungsspielräume für die Zahnarztpraxis. Und die Indizien zur allmählichen Öffnung des Wettbewerbs werden – so inkonsistent die Politik auf diesem Gebiet auch bisher agiert – von manchem Zahnarzt als Chance begriffen. Nicht von ungefähr sind daher die Rufe nach einem Ausstieg aus der GKV leiser gewor-

den und wird die Funktion der KZVen weniger in Frage gestellt. Das Interessante am heutigen KZV-System ist, dass es zwar einen nicht unerheblichen Teil des Versorgungsgeschehens steuert oder zumindest »triggert«, dass die Zahnärzte aber dennoch einen Gutteil ihrer Umsätze ohne Budgetzwänge und Beschränkungen außerhalb der GKV erwirtschaften. Im Jahr 1977 resultierten noch 75 Prozent der zahnärztlichen Einnahmen aus GKV-Mitteln, die über die KZVen ausbezahlt wurden. Im Jahr 2004 lag der Wert bei 53 Prozent.

Natürlich könnte man diese Zahlen auch als Abgesang auf GKV und KZVen interpretieren. Bei genauerer Betrachtung stellt sich die Situation aber anders dar: Fast 85 Prozent der Bevölkerung sind in Deutschland über die gesetzlichen Krankenkassen abgesichert. (Sollte die Einheitsversicherung realisiert werden, werden es noch mehr werden.) Und man muss nüchtern feststellen, dass das auf absehbare Zeit so bleiben wird. Denn (fast) alle politischen Parteien teilen den Grundkonsens, dass es auch längerfristig eine solidarisch finanzierte medizinische Grundversorgung in Form der GKV geben soll, die zahnmedizinische Behandlungen einschließt.

So mancher Zahnarzt wird darüber gar nicht gram sein. Im jetzigen System sorgen die KZVen für regelmäßige Abschlagszahlungen aus den Kassentöpfen, die betriebswirtschaftlich gesehen noch immer eine erkleckliche und sichere Liquiditätsquelle ohne Inkasso-Risiko sind. Vor allem aber bringt die zahnmedizinische Grundversorgung, die die Krankenkassen übernehmen, die Patienten erst regelmäßig in die Praxis. Sie finanziert die »need dentistry« und schafft damit die Basis, auf der der Patient sich gemeinsam mit dem Zahnarzt auf zusätzliche Leistungen im Hinblick auf Komfort und Ästhetik festlegen kann.

Die KZV als Interessenvertretung und Wettbewerbsmanager

Einwenden könnte man, dass die neuen Möglichkeiten der individuellen Vertragsgestaltung KZVen dennoch überflüssig machen. Aber wo es weiterhin eine GKV mit medizinischer Grundversorgung gibt, wird es weiterhin Kollektivverträge ge-

ben müssen. Und wo es Kollektivverträge gibt, müssen die Zahnärzte für die Verhandlungen mit den Kassen gut aufgestellt sein. Und das sind sie mit der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (KZBV) und den KZVen. Diese sorgen dafür, dass Leistungsträger und Kostenträger sich »mit gleich langen Spießen« gegenüberstehen können. Wer, wenn nicht die KZBV, soll demnächst dem monolithischen Spitzenverband der gesetzlichen Krankenversicherung zum »Vertragssparring« gegenübertreten?

Auch in der Vergangenheit wurde oft unterschätzt, dass KZVen mehr waren als Körperschaften mit Staatsauftrag. Sie betrieben nämlich gleichzeitig eine sehr effiziente Interessenpolitik für die Zahnärzte. Einer der Gründe dafür war, dass der Berufsstand über die Pflichtmitgliedschaft in den KZVen einen Organisationsgrad von nahezu hundert Prozent erreicht hatte und entsprechenden Verhandlungsdruck gegenüber Politik und Krankenkassen aufbauen konnte. Mit der Möglichkeit, Einzel- oder Gruppenverträge abzuschließen, kann diese Funktion Richtung Krankenkassen zwar punktuell unterlaufen werden. Sie wird dadurch aber nicht minder wichtig. Denn einzelne Zahnärzte oder kleinere Zahnarztgruppen werden sich stets in einer ungünstigen asymmetrischen Verhandlungsposition mit Krankenkassen wiederfinden und nicht annähernd die gleiche Verhandlungsmacht aufbringen können wie eine große Berufsorganisation. Den KZVen erwachsen über das WSG in Zukunft neue Möglichkeiten, Gruppenverträge für ihre Mitglieder abzuschließen und diese Asymmetrie damit abzuschwächen. Deshalb werden die KZVen vor der Herausforderung stehen, die neuen gesetzlichen Regelungen auszugestalten, indem sie für ihre Mitglieder Verträge abzuschließen. Eine Zersplitterung des Berufsstandes würde nur die Marktüberlegenheit der Kostenträger zementieren. Am KZV-System wird daher auch die Aufgabe »hängen bleiben«, Partikularinteressen innerhalb des Berufsstandes auszugleichen. Sie können und müssen als regulierende Einheiten auftreten, die für faire Wettbewerbsbedingungen zwischen Einzelpraxen, Kettenpraxen und medizinischen Versorgungszentren sorgen.

Fehlende Alternativen

Dass diese Aufgaben zukünftig mehrheitlich von neuen, als Verbände oder Wirtschaftsunternehmen aufgestellten Parallelorganisationen wahrgenommen werden können, ist nicht wahrscheinlich. Trotz wiederholter Versuche ist es über Jahrzehnte nie gelungen, eine alternative Interessenvertretung aufzubauen, die ähnlich wirkungsmächtig wie das KZV-System hätte agieren können. Und das, obwohl die wirtschaftliche Situation der Zahnärzte für den Aufbau einer Parallelorganisation in früheren Jahren sicher günstiger war als heute. Schließlich kostet die Schaffung organisatorischer Alternativen zusätzliches Geld, das der Zahnärzteschaft angesichts des verschärften Wettbewerbs heute weniger locker sitzt denn je. Wahrscheinlich wird es sektoral auch weiterhin Versuche geben, private Einrichtungen aufzubauen, mit denen sich die KZVen zukünftig messen müssen. Doch die Körperschaften sind dafür sehr gut aufgestellt. Sie arbeiten effizient. Das zeigt sich beispielsweise darin, dass ihr Verwaltungskostenanteil (also die Höhe der Organisationskosten im Vergleich zu den distribuierten Mitteln) außergewöhnlich niedrig ist.

Die KZV als Service-Einrichtung und change manager

Natürlich müssen die KZVen selbst sich verändern, wenn sie im Wandel bestehen und den neuen Herausforderungen gewachsen sein wollen. Sie müssen ihr Profil als Service-Einrichtungen schärfen, die die Zahnärzte als »change manager« bei der Bewältigung des anstehenden Strukturwandels vor Ort unterstützen. KZVen können Praxen beim Abschluss von Einzelverträgen beraten, wo es nicht gelungen ist, vernünftige Flächenverträge zu installieren. Sie müssen Zahnärzten wettbewerbsrelevante Zusatzqualifikationen wie betriebswirtschaftliche Expertise, Marketingkompetenz und Kundenorientierung vermitteln. Wer denkt, diese neue Rollenausrichtung sei nur die Idee der KZVen selbst, die eine neue Existenzberechtigung suchen, um ihrer Auflösung zu entgehen, der irrt. Vielmehr

gibt der Gesetzgeber ihnen gezielt zusätzliche Spielräume. So sollen sie zukünftig GmbHs gründen können, um ihren Mitgliedern bestimmte Dienstleistungen anbieten zu können. Damit wären zum Beispiel Einkaufsgemeinschaften denkbar, mit denen angeschlossene Zahnarztpraxen ihre Gestehekskosten für Materialien reduzieren. Für die KZBV ergibt sich überdies eine ganz besondere – durchaus prekäre – neue Aufgabe: Sie soll den zukünftigen Basistarif mit der PKV aushandeln.

Fazit

Den Ruf nach einem Ausstieg der Zahnmediziner aus der GKV und einer Abschaffung der KZVen gibt es seit Jahrzehnten. Doch anders als im ärztlichen Bereich ist er in den letzten Jahre leiser geworden, weil die Zwänge und Restriktionen, die den Ruf begründet haben, heute deutlich abgeschwächt sind. Zunehmende Liberalisierung und der Wettbewerb auf dem Leistungs- und Vertragsmarkt machen eine starke Interessenvertretung gegenüber den Kostenträgern, einen Interessenausgleich innerhalb des Berufsstandes, eine Wettbewerbsregulierung und ein Management des Strukturwandels in der zahnärztlichen Versorgung notwendig. Die KZVen sind für diese Aufgabe gut aufgestellt – und organisatorische Alternativen sind nicht in Sicht.

| 1.3 Die Kassenzahnärztliche Vereinigung als Selbsthilfeeinrichtung

Dr. Jobst-Wilken Carl

Die Kassenzahnärztliche Vereinigung (KZV) ist entstanden aus der Krise, und in der Krise wird sie nun wieder zunehmend infrage gestellt.

Bevor das deutsche Kaiserreich die reichsgesetzliche Krankenversicherung im Jahre 1883 einführt, standen sich Zahnärzte und Patienten noch als Vertragspartner gegenüber, um das zahnärztliche Honorar auszuhandeln. Die Honorierung war abhängig von der Vermögenslage des Patienten. Mit Einführung der Versicherungspflicht unter Bismarck traten die gesetzlichen Krankenkassen zwischen dieses direkte Zahnarzt-Patienten-Verhältnis und als Auftraggeber bzw. Vertragspartner des Zahnarztes auf – das Ende der freien Abrede zwischen Zahnarzt und Patient. Nun hatten die Zahnärzte Einzelverträge nicht mehr mit ihren Patienten, sondern mit den Krankenkassen zu schließen, und aus dem »Zweierverhältnis« wurde eine »Dreiecksbeziehung«. Die gesetzlichen Krankenkassen hatten die zahnmedizinische Versorgung für ihre Versicherten als Sachleistung (Naturalleistungsprinzip) zur Verfügung zu stellen. Hierfür mussten sie Behandlungsverträge mit Zahnärzten schließen.

Durch die Institutionalisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) mit dem Auftrag der Sicherstellung der (zahn-)medizinischen Versorgung konnte der Staat einerseits weiter Einfluss auf die Gesundheitsversorgung nehmen, andererseits die Verantwortung dafür delegieren. Nun konnten sich immer mehr Menschen im Krankheitsfall zahnärztlich versorgen lassen, ohne dabei durch das eigene Einkommen eingeschränkt zu sein. Hierdurch eröffnete sich für die Zahnärzte ein neues Patientenpotenzial und die Chance auf eine sichere Vergütung unabhängig von der Vermögenslage der Patienten.

Der Preis dafür war allerdings die Abhängigkeit von Behandlungsverträgen mit oder die Anstellung bei den Krankenkassen. Die Krankenkassen nutzten ihr Vertragsmonopol in der Weise, dass sie den Zahnärzten eine möglichst niedrige Vergütung anboten, nur wenige Zahnärzte beschäftigten und diesen dann überdies Vorgaben bei der Behandlung machten.

Aufgrund des Verhandlungsmonopols der gesetzlichen Krankenkassen ergab sich also eine ungleiche Macht-Balance zwischen Zahnärzten und Krankenkassen zugunsten letzterer. Akzeptierte ein Zahnarzt die Geschäftsbedingungen einer gesetzlichen Krankenkasse nicht, wurde er von der gesetzlichen Krankenversicherung ausgeschlossen – eine erhebliche Einschränkung der Berufsausübungsfreiheit der Zahnärzte. Diese Strukturen führten zu jahrelangen Auseinandersetzungen, Honorarstreitigkeiten, Zahnärzte-Streiks und Versorgungsproblemen.

Um ein Gegengewicht gegen das Machtmonopol der gesetzlichen Krankenkassen aufzubauen, kamen in der Zahnärzteschaft Bestrebungen hoch, sich zusammenzuschließen und den Krankenkassen in Verhandlungen als geschlossene Gruppe gegenüberzutreten. Schon in den 1920er Jahren versuchte der Reichsverband Deutscher Zahnärzte, über örtlich begrenzte Exklusivverträge ein vereinsgetragenes Vertragsmonopol auf zahnärztlicher Seite aufzubauen. Hiergegen gab es innerhalb der Zahnärzteschaft erhebliche Widerstände. Ein Parallelverband, der Reichsverband Deutscher Kassenzahnärzte, setzte auf den Abschluss von Kollektivverträgen, die eine höhere Akzeptanz in der Zahnärzteschaft erfuhren, da sich ihnen auch Nicht-Verbandsmitglieder anschließen konnten. Entscheidendes Druckmittel in den Auseinandersetzungen mit den Krankenkassen war die Androhung und Durchführung von Zahnärztestreiks, die nur mit Zugeständnissen der Krankenkassen und unter Einbeziehung des Staates beendet werden konnten.

Diese Entwicklung mündete Anfang der 1930er Jahre darin, dass der Gesetzgeber die sich im Zuge der Weltwirtschaftskrise verschärfenden Auseinandersetzungen zwischen Zahn-

ärzten und Krankenkassen durch die Institutionalisierung einer gemeinsamen Selbstverwaltung im Gesundheitswesen, als »drittem Weg« zwischen staatlichem Gesundheitssystem und privatwirtschaftlicher Absicherung, zu beenden versuchte. Durch Notverordnung kam es zur Gründung von zunächst bezirklichen Kassenzahnärztlichen Vereinigungen (KZVen), die nach der Machtergreifung der Nationalsozialisten bald zentralisiert und durch eine einheitliche Kassenzahnärztliche Vereinigung Deutschlands ersetzt wurden. Nach dem Ende des Zweiten Weltkrieges setzten sich die Alliierten wieder für föderale Strukturen ein. Mitte der 1950er Jahre war dann die Geburtsstunde der KZVen heutiger Prägung in der Nachkriegs-Bundesrepublik.

Der Gesetzgeber verlieh den KZVen den Status von Körperschaften des Öffentlichen Rechts. Als »mittelbare Staatsgewalt« hatten und haben sie bis heute die Aufgabe, die zahnmedizinische Versorgung der Mehrzahl der Bevölkerung, sprich der gesetzlich Krankenversicherten, in Deutschland sicherzustellen. Diesen öffentlich-rechtlichen Sicherstellungsauftrag haben sich die Zahnärzte um den Preis des Streikverzichtes und der Unterwerfung unter staatliche Aufsicht erkämpft. Es handelt sich dabei um eine historische Errungenschaft, die aus bestimmten Machtauseinandersetzungen zwischen Zahnärzten und Krankenkassen hervorgegangen ist. Der Staat hat den KZVen den Status als öffentlich-rechtliche Selbstverwaltung nur zum Wohle der gesamten Gesellschaft deshalb verliehen, weil er meinte, dass auf diesem »dritten Weg« die zahnmedizinische Versorgung der Bevölkerung am Besten sicherzustellen sei. Zur Verwirklichung des Sicherstellungsauftrages beschränkte der Gesetzgeber die Freiheit der Zahnärzte und gab den KZVen verschiedene Instrumente an die Hand: Zwangsmitgliedschaft qua Zulassung, Streikverbot, Prüf- und Kontrollbefugnisse, Disziplinalgewalt ... – das ist die eine Seite der Medaille.

Die andere Seite ist: Die KZVen waren von vornherein angelegt als Selbsthilfeeinrichtungen für ihre zahnärztlichen Mitglieder. Dies zeigt sich schon darin, dass die KZVen als Selbst-

verwaltungen angelegt waren. Als solche übernehmen in ihnen demokratisch gewählte Zahnärzte selbstverantwortlich staatliche Aufgaben (besonders die der Sicherstellung der Versorgung).¹ Aber die KZVen traten von Anfang an auch als politische und wirtschaftliche Interessenvertreter und Dienstleister für ihre Mitglieder auf. Sie übernahmen für die einzelnen Zahnärzte die Aushandlung angemessener Honorare mit den Krankenkassen, die Abrechnung mit den Krankenkassen, das Eintreiben der Honorare von den Krankenkassen und das Verteilen der Honorare an die Zahnärzte.

Vor allem erhielten die KZVen ein Vertragsmonopol und ihre Mitglieder mussten sich den geschlossenen Kollektivverträgen unterwerfen. Damit war strukturell auf zahnärztlicher Seite ein ähnliches Vertragsmonopol entstanden, wie es sich auf Kassenseite im Zuge der Einführung der Sozialversicherungspflicht herausgebildet hat. Hierdurch verringerte sich das Macht-Ungleichgewicht zwischen gesetzlichen Krankenkassen und Zahnärzten – beide traten insofern als gleichwertige Verhandlungspartner auf. Aus dem »Dreiecksverhältnis« Patient – Kasse – Zahnarzt wurde ein »Vierecksverhältnis« Patient – Kasse – KZV – Zahnarzt. Somit befinden sich die KZVen seit ihrer Gründung im Spannungsverhältnis zwischen Regulierungsauftrag und Interessenvertretung.

Nach der Gründung der KZVen Mitte der 1950er Jahre schien das ausbalancierte System zweier Verhandlungsmonopole für 15 Jahre recht gut zu funktionieren, doch folgten bereits ab Mitte der 1970er Jahre, verstärkt dann ab Ende der 1980er Jahre im Zuge der sich verschlechternden Finanzlage, eine Reihe von Kostendämpfungsgesetzen. Diese sollten dazu dienen, das immer drängender werdende Problem der Ausweitung des Leistungsspektrums bei immer knapper werdenden Finanzmitteln zu lösen. Dabei nahm man vor allem die sog. »Anbieter-Seite« ins Visier: Beschränkung der Zulassungen durch Bedarfsplanung, Altersgrenze für die Zulassung, zu-

¹ Der Gedanke der Selbstverwaltung ist inzwischen erheblich relativiert worden. Mit dem GMG wurden zum 1.1.2005 hauptamtliche Vorstände vorgeschrieben.

nächst Berücksichtigung der Einkommensentwicklung der Versicherten (Grundlohnsummenentwicklung) bei der Festlegung der Vergütungen, später dann die Schaffung strikter Ausgabenbudgets und das Primat des Grundsatzes der Beitragssatzstabilität, Erschließung von Wirtschaftlichkeitsreserven durch Wirtschaftlichkeitsprüfung, Teilhabe der Krankenkassen an Wirtschaftlichkeitsgewinnen größerer Praxen durch Degression ...

All diese Eingriffe des Gesetzgebers brachten eine Verschiebung der Machtbalance zu Lasten der Zahnärzteschaft und erhebliche Verschlechterungen für die Zahnärzte mit sich. Für die Zahnärzte wurde der Zugang zum und Verbleib im System der gesetzlichen Krankenversicherung erschwert, die Ausübung der vertragszahnärztlichen Tätigkeit zunehmend kontrolliert und reglementiert sowie die Honorierung unabhängig vom Leistungsumfang rigoros begrenzt.

Gerade die gesetzlich vorgegebene Budgetierung der Ausgaben der Krankenkassen erschwerte zunehmend die Möglichkeit für die KZVen, angemessene Honorare für die zahnärztlichen Leistungen auszuhandeln. Zwar stehen sich nach wie vor auf Zahnarzt- und Krankenkassenseite zwei Vertragsmonopolisten in Verhandlungen gegenüber, doch wurde der Verhandlungsspielraum zu Gunsten der Krankenkassen immer mehr eingeschränkt. Und inzwischen ist sogar die ureigenste Aufgabe der KZVen, die Honorarverteilung an die Zahnärzte festzulegen, qua Gesetz mit den Krankenkassen zu vereinbaren.

Zahnärzte haben als klassische Freiberufler von Haus aus eine kritische Distanz zur KZV, bei der sie zwangsweise Mitglied sind, die ihre Berufsausübungsfreiheit einschränkt und für die sie auch noch Verwaltungskosten zahlen. Aufgrund der Kostendämpfungsgesetze steigerte sich die Unzufriedenheit der Zahnärzte mit ihren KZVen zunehmend. Diese halten als »Sündenbock« für all die genannten gesetzgeberischen Maßnahmen zur Kostendämpfung her, und selbst wenn die KZV darauf hinweist, dass nicht sie, sondern der Gesetzgeber dafür verantwortlich ist, bleibt doch letztlich der Vorwurf beste-

hen, immerhin helfe doch die KZV mit, diese Maßnahmen umzusetzen.

So verwundert es nicht, dass der größte Widerstand gegen die KZVen aus den Reihen der Zahnärzte selbst kommt. Sie sehen die KZVen als Handlanger einer bürokratischen Staatsmedizin, als staatlichen Erfüllungsgehilfen bei der Drangsalierung freiberuflicher Zahnärzte, der abgeschafft gehört.

Auch die Bereitschaft des Staates wächst, die KZVen abzuschaffen und die Zahnärzte aus ihrer Zwangsmitgliedschaft bei den so wenig geschätzten KZVen zu entlassen. Dies aber aus ganz anderen, ja entgegengesetzten Motiven: Hier wird den KZVen vorgeworfen, eine reine Interessenspolitik zu betreiben und alle sinnvollen Maßnahmen zur Kostendämpfung zu boykottieren. Hierbei ist insbesondere das Vertragsmonopol der KZVen ein Dorn im Auge des Gesetzgebers, verhindere dieses doch den Wettbewerb innerhalb der Zahnärzteschaft und erschwere es, dass zahnmedizinische Leistungen kostengünstiger würden.

Inzwischen gibt es daher immer mehr Ansätze des Gesetzgebers, das Verhandlungsmonopol der KZVen auszuhöhlen und aufzubrechen. So können die Krankenkassen inzwischen mit einzelnen Vertragszahnärzten ohne Beteiligung der KZVen Verträge über Modellvorhaben oder integrierte Versorgungssysteme schließen. Diese neuen Versorgungsformen sowie neue Möglichkeiten der Teilnahme an der vertragszahnärztlichen Versorgung wie: Medizinische Versorgungszentren – Kettenpraxen – integrierte Versorgungsformen – Franchisingmodelle und unbegrenzte Anstellungsmöglichkeiten sollen vordergründig die Versorgung verbessern und dem Zeitgeist des 21. Jahrhunderts entsprechen. In Wahrheit dienen sie dazu, das bewährte Modell der freiberuflichen Praxis zu zerstören.

Es ist Aufgabe der KZVen, die Zahnärzte, die weiter freiberuflich in eigener Praxis tätig sein möchten, vor solchen neuen Modellen zu schützen und das Feld nicht allein Finanz- und Rechtsberatern mit kommerziellen Eigeninteressen zu überlassen. Ob damit die KZVen zu »Gralshütern der Freiberuflichkeit« werden, sei einmal dahin gestellt.

Persönliche Leistungserbringung, Eigenverantwortung, fachliche Unabhängigkeit – gilt dies auch für einen Zahnarzt in festem Angestelltenverhältnis, der wirtschaftlich abhängig ist? Ein Freiberufler arbeitet auf eigene Rechnung, ist in keine Hierarchie eingebunden, trägt das wirtschaftliche Risiko für seine Praxis. Er sorgt selbst für seine Altersversorgung, den Krankheitsfall und stellt sich dem Wettbewerb; dem angestellten Zahnarzt nehmen diese Aufgaben der Arbeitgeber und das Sozialversicherungssystem ab.

Was erwartet den von der KZV »befreiten« und freiberuflich tätigen Zahnarzt? Etwa das ersehnte freie Zahnarzt-Patienten-Verhältnis, ein Markt, auf dem sich Zahnarzt und Patient ohne Einmischung Dritter begegnen? Tatsächlich wird sich der solchermassen befreite Zahnarzt nun als Einzelner der Marktmacht »gesetzliche Krankenkassen« und einer vom Staat vorgegebenen restriktiven Gebührenordnung gegenüber gestellt sehen. Dadurch werden wie schon in der Vergangenheit die Marktmechanismen von Angebot und Nachfrage in der Weise genutzt, dass zahnärztliche Leistungen zu möglichst niedrigen Preisen eingekauft und dabei die Leistungserbringer gegeneinander ausgespielt und die Zahnärzteschaft immer mehr auseinander dividiert wird.

Innerzahnärztlicher Verteilungskampf und einander sich bekämpfende Zahnärztegruppen führen zur Schwächung der Zahnärzte insgesamt; nur die Selbstverwaltung aller Vertragszahnärzte schützt vor Staatsmedizin oder vor ruinösem Wettbewerb. Auf der Strecke bleibt der Generalist Zahnarzt, weil sich ihm vom Gesetzgeber favorisierte Organisationsformen (MVZ, integrierte Versorgungseinrichtungen, fremdfinanzierte Praxisketten) »wettbewerbsfähig« entgegenstellen.

Sicher wird es dann wieder Bestrebungen geben, sich zusammenzuschließen und durch Vereinsgründungen als geschlossene Einheit gegenüber den Krankenkassen aufzutreten. Privatrechtliche Vereine zur Vorbereitung auf diese Zeit existieren regional bereits.

Welche Zukunft haben die KZVen vor diesem Hintergrund überhaupt noch?

Sie können nur mit höherer Dienstleistungs- und Serviceorientierung für Zahnärzte und effizienteren Strukturen bestehen. Die KZVen kennen das Abrechnungs- und Vertragsgeschäft und die beteiligten Akteure. Der einzelne Zahnarzt und kleine Vereine stünden dem mehr oder weniger hilflos gegenüber. Große überregionale Kassenverbände werden in Zukunft viel stärker die Player im Gesundheitswesen sein, weil der Gesetzgeber das Vertragsgeschehen zukünftig viel stärker zentralistisch strukturieren wird.

Andererseits gibt der Gesetzgeber den KZVen zukünftig die Möglichkeit, Servicegesellschaften zu gründen. Hier liegt eine Chance für die Berufsgruppe, sich nicht einen ruinösen Wettbewerb von außen aufdrängen zu lassen.

Eine Alternative zum System der Selbstverwaltung wäre es, wenn entweder die Krankenkassen oder sogar der Staat selbst die Aufgabe der Sicherstellung der zahnmedizinischen Versorgung übernehmen. Dann würden die Rahmenbedingungen ohne zahnärztlichen Sachverstand und ohne Rücksicht auf die Nöte in den Praxen durch den Staat vorgegeben. Das ist keine Alternative für die Herausforderungen des 21. Jahrhunderts.

| 2

Die Situation der Ärzte

Berufsrealität im KV-System

| 2.1 Ausstieg aus der KV als letztes Mittel

Dr. Klaus Bittmann

Was geschieht eigentlich im bundesrepublikanischen Gesundheitswesen? Was führt zu bundesweiten Protesten, was treibt Ärztinnen und Ärzte auf die Straße, zusammen mit anderen Heilberuflern und Patientenvertretern?

Vordergründig geht es um fehlende Finanzmittel, Unterfinanzierung ärztlicher Leistung und aufgezwungener Rationierung in der Patientenversorgung. Leichtfertig wird hiergegen argumentiert: Ohne jeglichen Verlust in der Versorgungsqualität müssten Einsparpotenziale genutzt werden, kurzlebige Kostendämpfungsgesetze werden verabschiedet, Schuldzuweisungen an die Ärzteschaft gehören zum Alltag, Selbstverwaltung wird für unfähig erklärt, in teuren Anzeigen wird dem Bürger weiterhin optimale umfassende Versorgung durch die Fürsorge des Staates zugesichert.

Tatsächlich aber ist es so, dass Aufmerksame und kritisch Denkende die Entwicklung unseres freiheitlichen Gesundheitssystems hin zu einer dirigistisch kontrollierten Staatsmedizin befürchten und erkennen.

Ein umlagefinanziertes Sachleistungsprinzip mit lohngekoppelten Beiträgen zu gleichen Prozentsätzen für Arbeitnehmer und Arbeitgeber funktioniert in einer prosperierenden sozialen Marktwirtschaft, aber nicht bei Rezession und wachsender Alterung der Bevölkerung. Die Umlagefinanzierung ohne größere Eigenbeteiligung und Eigenverantwortung des Versicherten kann die Defizite in der gesetzlichen Krankenversicherung nicht ausgleichen. Selbst ein leichter Abbau der Arbeitslosigkeit, Kassengebühr und Zuzahlungen sind unzureichend, um das Modell unserer GKV zu retten. Die Einbeziehung der PKV ist verfassungsrechtlich fragwürdig und auch nur marginal hilfreich, der Wunsch einer populistischen Nivellierung wird eine Mehrklassenmedizin nicht verhindern.

Eine Bestandsaufnahme unseres Gesundheitssystems findet kontinuierlich statt, über Sachverständige, Institutionen, alle involvierten Gruppierungen, von Politik bis Laienpresse. Ohne eine objektivierende Versorgungsforschung werden allseits bekannte Tatsachen sehr unterschiedlich gewertet, Sichtweise und daraus resultierende Reformansätze sind weitgehend geleitet durch ideologische, ökonomische, weltanschauliche Prägung. Die Situation der Patienten und der sie begleitenden Heilberufler erscheint in der Debatte um die Weiterentwicklung des Gesundheitssystems eher störend, darüber können auch blumige Präambeln von Gesetzestexten nicht hinwegtäuschen. Zunehmend wird von oben herab vorgegeben, was für die Versorgung das Beste sein soll.

Es ist systemimmanent, dass unabhängig von der Zusammensetzung der jeweiligen Regierung die seit Jahren wachsende Unterfinanzierung des Gesundheitswesens und hierbei insbesondere die gegenläufige Entwicklung von Leistungskapazität und Leistungshonorierung verdrängt wird. Inzwischen wird zugestanden, dass es sich nicht um eine so genannte Kostenexplosion handelt, sondern um Faktoren, die auch durch anhaltende Kostendämpfung nicht zu beeinflussen sind: Arbeitslosigkeit mit verminderter Beitragszahlung in die GKV, deutlich verlängerte Lebenserwartung einer alternden Gesellschaft (demographischer Wandel), wissenschaftlicher Fortschritt sowie Fehlleitung der Beitragsgelder in versicherungsfremde, gesellschaftliche Aufgaben und Verwaltungsbürokratie.

Die bestehenden Rahmenbedingungen innerhalb des gesetzlichen Krankenversicherungssystems gilt es immer wieder zu beschreiben, sie werden grundsätzlich auch nicht durch das jetzt im Kompromiss erarbeitete GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz geändert oder gebessert. Ganz im Gegenteil, geradezu dirigistisch greift der Staat ein in Beitragssteuerung, Honorarverteilung, Leistungsgeschehen und Versorgungsqualität – Staatsmedizin mit weiterer Entmündigung der Patienten, der Ärzteschaft und der Selbstverwaltung.

Die Rolle der Kassenärztlichen Vereinigung als Körperschaft öffentlichen Rechts und Selbstverwaltungsorgan wird zu einer staatsuntergeordneten Behörde deformiert, die ursprüngliche Interessensvertretung ihrer Pflichtmitglieder kann und soll sie nicht mehr wahrnehmen. Die KVen werden zum Werkzeug staatlicher Interessen und als Regulierungsbehörde missbraucht. Der einzelne Arzt oder Psychotherapeut wird durch seine KV in ein Handlungskorsett gezwängt, wird verwaltet mit Vorschriften und Haftungsrisiken bei weiterhin begrenzt zugeteilter Honorierung.

KVen und KBV sind bereits so stark unter staatlicher Kontrolle, dass sie diese Entwicklung nicht mehr abwehren können, es sein denn, sie hätten den Mut zum offenen Widerstand. Ich spreche hier aus eigener Erfahrung und als überzeugter Verfechter der körperschaftlichen Selbstverwaltung, wissend, dass die seit Jahren vorherrschende politische Zielsetzung einer Unterwerfung der ärztlichen Selbstverwaltung unter sozialstaatlichem Einfluss unverhohlen betrieben wird.

Im Jahr 2000 haben wir in Schleswig-Holstein aus diesen Überlegungen die erste landesweite, fachübergreifende Ärztegenossenschaft gegründet, schon mit dem Ziel eine Alternative zur KV zu schaffen. Die Intention kam aus der KV selbst heraus, in Abstimmung mit allen Berufsverbänden, Netzen und Freien Verbänden. Außerhalb der Körperschaft wurde ein wirtschaftliches Unternehmen zur Interessensvertretung ohne aufsichtsrechtliche Zwänge aufgebaut. Eine Parallelorganisation, die für den keineswegs wünschenswerten, jedoch zu befürchtenden Fall weiterer Entmachtung der ärztlichen Selbstverwaltung bereitstehen soll.

Aus ähnlicher Überlegung wurde in Baden-Württemberg die MEDI-Organisation aus der Taufe gehoben, inzwischen sind in einem Verbundsystem weitere Landesorganisationen in Deutschland entstanden, zusammengeschlossen einerseits im Bundesverband der Ärztegenossenschaften, andererseits im MEDI-Verbund Deutschland. Sinnvollerweise besteht zwischen beiden Organisationen enge Kooperation. Organisationsgrad und Wirtschaftsstärke unserer Unternehmen sind noch längst

nicht mit dem Potenzial der KVen vergleichbar, Strukturen und Ziele beinhalten jedoch die klare Absicht, notfalls als Auffanggesellschaften zu funktionieren.

Ärzte und Psychotherapeuten verstehen sich als Freiberufler, dies ist Voraussetzung einer vertrauensvollen Patientenbehandlung. Auch innerhalb einer sozialen Gesetzgebung müssen Freizügigkeit und Eigenverantwortung für Heilberufler und Versicherte gelten. Dies ist verbunden mit wirtschaftlicher Unabhängigkeit und Vertrauensschutz.

Diese Güter eines freiheitlichen Gesundheitswesens sind von einer Mehrheit politischer Mandatsträger nicht gewollt oder werden ökonomischen und ideologischen Staatsinteressen geopfert.

An dieser Stelle möchte ich einige Sätze zitieren, die aus der so genannten Genfer Resolution der World-Medical-Association von 1948 entnommen sind:

- ▶ Es ist nicht im öffentlichen Interesse, dass Ärzte für ihre Gesamtheit bezahlte Diener der Regierung oder der Sozialversicherungsgesellschaften sind.
- ▶ Da wo ärztliche Leistung kontrolliert werden muss, muss die Kontrolle durch Ärzte ausgeübt werden.
- ▶ Keinerlei Intervention Dritter zwischen Arzt und Patient.
- ▶ Die Honorierung ärztlicher Leistungen darf nicht direkt von der finanziellen Lage der Versicherungsorganisationen abhängig sein usw.

Diese Forderungen wurden als Grundsätze für ein neues Selbstverständnis der Ärzteschaft in der Nachkriegszeit in das deutsche Kassenarztsystem eingebracht.

Wenn wir uns alle der oben beschriebenen Rahmenbedingungen und den Intentionen des Gesetzgebers bewusst sind und gleichzeitig den Willen zu Freiberuflichkeit und Würde unseres Berufes erhalten wollen, dann müssen wir uns mit dem Ausstieg aus dem System, d. h. mit der Zulassungsrückgabe befassen. Die Grundsätze von 1948 haben ihre Gültigkeit nicht verloren!

Unabhängig von der individuellen Entscheidung eines Arztes, seine Zulassung zurückzugeben, ist ein Systemwandel

und ein Ende des Weges in die Staatsmedizin nur durch so genannte kollektive Zulassungsrückgabe zu erreichen.

Die rechtlichen Voraussetzungen und ersten Erfahrungen seitens der Kieferorthopäden in Niedersachsen werden an anderer Stelle beschrieben. Wie sieht das Handlungskonzept für einen kollektiven Ausstieg aus der KV als letztes Mittel aus?

MEDI-Deutschland, Verband Freier Ärzteschaft und Bundesverband der Ärztenossenschaften sind in einer Arbeitsgruppe zusammen gekommen, um eine kollektive Zulassungsrückgabe vorzubereiten, da ein Gesinnungswandel der Regierungskoalition bei der Sozialgesetzgebung nicht zu erkennen ist und sowohl KVen als auch viele andere Verbände vor den Risiken eines Systemausstiegs zurückschrecken.

Die niedergelassene Ärzteschaft besitzt kein Streikrecht, sie kann für ihre Rechte streiten oder aber sich das Recht nehmen, der »sozialen« Gesetzgebung eine Absage zu erteilen.

Geborgenheit und Sicherheit im Kollektivvertraglichen unter dem Dach der KVen ist die eine Seite, die andere Seite ist Risiko und Verantwortung, ohne die zunehmend staatlich aufgezwungene Deformierung ärztlichen Handelns. Wir stehen vor einem Scheideweg, der durch die schleichende Beeinflussung ärztlicher Grundsätze vielen nicht bewusst ist. Scheibchenweise wurde uns das schlechte Gewissen mangelnder Qualität und mangelnder Sozialverantwortung unterstellt – Unter- und Fehlversorgung dienen als Argumente, die Ärzteschaft in Misskredit zu bringen und verleiten die Politik, anmaßend im Sinne des Gemeinwohls gesundheitspolitische Entscheidungen ohne unseren Sachverstand zu treffen. Typische Beispiele sind AVWG, GKV-WSG und sicherlich weitere Gesetzeswerke, die unsere Anliegen und die der Patienten völlig außer Acht lassen. Lassen wir dies zu?

Eine kollektive Zulassungsrückgabe, ob in definierter Region fachübergreifend, ob für eine Fachgruppe oder gar einer weit überwiegenden Zahl aller Vertragsärzte in Deutschland setzt die entsprechende Motivation der Beteiligten voraus – der Gesetzgeber trägt hierzu mit jeder Gesundheitsreform bei. Der Gesetzgeber hat aber auch für den Fall einer kollektiven Zulas-

sungsrückgabe Restriktionen vorgesehen, die ein solches Unterfangen zum existenziellen Risiko und zu einer eventuellen Rechtswidrigkeit werden lässt. Unabhängig von gut gemeinten Warnungen der KVen und vieler Verbände muss sich die deutsche Ärzteschaft darüber im Klaren sein, dass es keinen anderen Weg gibt, um sich einer totalen Entmündigung zu erwehren.

Neben der Motivation ist es notwendig, dass die Risiken minimiert werden. Dazu gehört auch, dass durch intensive Information sachlich und rechtlich geschult wird und eine Organisationsstruktur außerhalb der KVen handlungsfähig ist. Es gelingt nicht von heute auf morgen, muss sorgfältig vorbereitet sein – nicht nur als eine Drohung, sondern als realisierbarer äußerster Schritt zur Befreiung aus wirtschaftlicher Bedrohung sowie staatlicher und körperschaftlicher Bevormundung.

Der Ausstieg aus dem KV-System ist die Perspektive, um sich aus wachsender Verstaatlichung und allmählich sozialistischer Bevormundung zu befreien. Dazu gehört Mut, Geschlossenheit innerhalb der Versorgungshoheit und natürlich auch eine weitestgehend wirtschaftliche Absicherung.

Teilgemeinschaftspraxen und innerärztliche Kooperationen sind zu etablieren. GKV unabhängige finanzielle Einnahmen müssen erweitert werden durch IGEL-Angebote und zusätzliche Geschäftsbereiche. Privatpatienten müssen überzeugend an die Praxis gebunden werden.

Und ganz wichtig: Bei der zur Zeit geltenden Rechtslage muss für jede Fachgruppe geklärt sein, welches Honorar von den Krankenkassen eingefordert werden kann, wenn statt EBM Leistungsziffer die Abrechnung im direkten Weg zwischen Arzt und Kasse mit dem 1,0-fachen GOÄ-Satz erfolgen muss. Für den GKV-Versicherten ändert sich bei dieser Abrechnungsmodalität nichts, anders als bei der Kostenerstattung erhält der Patient keine Rechnung. Für die einzelnen Praxen kann die Abrechnung gegenüber den Kassen durch Organisationen wie Ärztenossenschaften übernommen werden.

All diese Strukturen müssen funktionsfähig sein, sind im Aufbau und werden den Ausstieg aus dem KV-System als Ultima Ratio von der Perspektive in die Realität ermöglichen.

Fazit

Wünschenswert und sinnvoll wäre eine Liberalisierung und tatsächliche wettbewerbliche freiheitliche Orientierung der Gesetzgebung mit Stärkung der ärztlichen Selbstverwaltung. Da dies nicht der Fall ist und auch mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz eine Verstaatlichung des Gesundheitswesens fortgeführt wird, ist es geradezu eine Pflicht, Alternativen vorzubereiten. Als Ultima Ratio gilt die kollektive Zulassungsrückgabe, die nicht von heute auf morgen gelingen kann. Zum Erhalt einer freiheitlichen Patientenversorgung und zum Überleben in freier Praxis muss umfänglich informiert, motiviert und strukturell organisiert werden.

| 2.2 Der kieferorthopädische Kassenkonflikt Eine sozialpolitische Fallstudie

Dr. Dr. Christian Scherer

I Die Entstehung des Problems

Im Jahr 2002 erging an den Erweiterten Bewertungsausschuss der Zahnärzte und Krankenkassen der politische Auftrag des Bundesgesundheitsministeriums zur Überarbeitung des Bema (Bewertungsmaßstab für zahnärztliche Leistungen im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung).

Der Auftrag beinhaltete die Prämisse, die prophylaktischen Leistungen der zahnärztlichen Versorgung zu stärken, insgesamt sollte jedoch keine Erhöhung des gesamten Ausgabevolumens für zahnärztliche Leistungen erfolgen. Demzufolge wurde das Verfahren einer Umrelationierung der Bewertung der zahnärztlichen Einzelleistungen im Sinne einer Nullsummengleichung vorgegeben.

Prophylaktische Leistungen finden sich ganz überwiegend im Bereich der konservierenden Zahnheilkunde (KONS). Der Sektor KONS ist in der anteiligen Gewichtung des Gesamthonorarvolumens der größte der vier Sektoren des Bema. Ähnlich stark gewichtet wie der Sektor KONS ist der Sektor Zahnersatz (ZE), deutlich kleiner dagegen sind die Sektoren Kieferorthopädie (KFO) und Parodontologie (PAR). Die Gegenfinanzierung der angestrebten aufkommensneutralen Aufwertung der Einzelleistungshonorierungen des Sektors KONS sollte durch entsprechende Abwertungen in den drei übrigen Sektoren des Bema erfolgen.

Durch das hohe absolute Gesamtabrechnungsvolumen der KONS-Honorare auf der einen Seite und die im Vergleich dazu nur geringen Abrechnungsvolumina der kleineren Sektoren musste es in diesem Nullsummenansatz der Gegenfinanzierung zu gewichtungsbedingten Verzerrungen kommen.

So erforderte der Ausgleich für die Aufwertung von 3-5 Prozent des Sektors KONS aufgrund dessen Größe mathematisch Abwertungen der anderen Sektoren zwischen 30 Prozent und 40 Prozent. Dies, so die Argumentation der Befürworter, bliebe für die Zahnarztpraxis gemäß dem Modell einer Nullsummengleichung ohne Auswirkungen auf die Endsumme des Praxisumsatzes. Außerdem solle für die Praxen ja erklärtermaßen der Anreiz geschaffen werden, vermehrt KONS zu attraktiveren Honoraren zu erbringen.

2 Die Gründe

Dabei wurde ignoriert, daß neben der Vielzahl der Zahnarztpraxen auch eine kleine Zahl von Fachzahnärzten für Kieferorthopädie tätig ist. Der Betrieb einer solchen, rein kieferorthopädischen Praxis umfasst jedoch keine »normalen« zahnärztlichen Tätigkeiten in den Sektoren KONS, ZE oder PAR. Diese rein kieferorthopädischen Praxen befanden sich daher in der Situation, Nettozahler der KONS-Subvention zu sein, ohne über anderweitige Kompensationsmöglichkeiten zu verfügen.

Die Kieferorthopäden meldeten sich zu Wort und wiesen auf die Unvereinbarkeit der beschlossenen Regelung mit einer künftigen Weiterexistenz ihrer Praxen hin. Unter den Mitgliedern des Erweiterten Bewertungsausschusses befand sich als eines von 19 Ausschussmitgliedern zwar ein Kieferorthopäde, dieser war dort jedoch in Abstimmungen unterlegen. Ein Minderheitenschutz existierte nicht, so dass die Beschlusslagen zur Umrelationierung des Bema als formell korrekt zustande gekommen bezeichnet werden konnten.

Die Bedenken der Kieferorthopäden wurden der Politik vorgetragen und dort allgemein als berechtigt zur Kenntnis genommen. Die politische Sprachregelung war jedoch, dass die beschlossenen Regelungen durch die Selbstverwaltung zu Stande gekommen waren und darüber hinaus die Umrelationierung des Bema Bestandteil des im Sommer 2003 getroffenen Allparteienkompromisses sei und ein Aufschüßern des Reformpaketes nicht möglich sei. Im Übrigen betrage

die Abwertung nicht 30-40 Prozent sondern »nur« 19,7 Prozent. Tatsächlich betrug die durchschnittliche Abwertung der Einzelpositionen des KFO Bema 19,7 Prozent. Dies war jedoch kein praxisrelevanter Wert für einen Behandlungsfall, da gerade diejenigen Leistungen die größten Abwertungen aufwiesen, die während einer Behandlung mehrfach zu erbringen waren. Demzufolge betrug die reale Abwertung eines typischen Behandlungsfalles 34,7 Prozent, da die Hauptpositionen der Multibandbehandlung um 45 Prozent abgewertet wurden. Eine Erbringung dieser Leistungen war für die Praxen betriebswirtschaftlich nicht mehr möglich, da teilweise bereits die Kosten des Materialeinkaufs schon die Vergütung überstiegen.

Die Situation wurde noch verschärft durch die mit Inkrafttreten des GMG² erfolgte Herabsetzung der Degressionsgrenzen für Zahnarztpraxen. So wurde die erste Degressionsstufe für kieferorthopädische Praxen von 350.000 Punkten auf 280.000 Punkte abgesenkt.³ Die Begründung dieser zum 1.1.2004 erfolgenden Absenkung ließ ebenfalls erkennen, dass die besondere Situation des Faches Kieferorthopädie nicht erkannt, oder ihr nicht Rechnung getragen wurde. Die Begründung für die Absenkung stützte sich auf die Behauptung, dass Zahnarztpraxen durch die Privatisierung des Zahnersatzes künftig weniger Leistungen im GKV-Bereich erbrächten und diese Leistungen nunmehr in »Freiheit« außerhalb der Degressionserfassung erfolgten, somit also die Degressionsgrenze dem verminderten Restvolumen folgerichtig angepasst werde. Abgesehen davon, dass diese verkündete Privatisierung von ZE in den folgenden Monaten zurückgenommen wurde und lediglich ein System von befundorientierten Festzuschüssen verabschiedet wurde, ignorierte man mit dieser Regelung und auch der Begründung erneut, dass kieferorthopädische Praxen keine Leistungen im Bereich Zahnersatz erbringen durften, also auch hier nicht über die angesprochene Entlastung durch außervertragliche Leistungen verfügen können,

2 Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Modernisierungsgesetz – GMG) vom 14.11.2003, BGBl. I 2190.

3 § 85 Abs. 4 b SGB V

gleichwohl aber die Verschärfung zu tragen hatten. Auch hier wurde der Spezialfall KFO-Praxis schlichtweg vergessen. Eine nachgereichte Rechtfertigung sprach schließlich davon, dass die Absenkung der Degression in der Kieferorthopädie gerechtfertigt sei, da ja durch den neuen Bema schließlich auch die kieferorthopädischen Honorare abgesenkt worden seien. Daraus folge, dass ohne die erfolgte Absenkung der Degressionsgrenzen eine eventuelle Mehrarbeit der Kieferorthopäden durch Erhöhung der Behandlungsleistung budgetär unbestraft bleiben würde. Da zur gleichen Zeit politisch an anderer Stelle »Leistung muss sich wieder lohnen« postuliert wurde, wirkte diese Begründung auf die Betroffenen als weitere Provokation und wurde in den Diskussionen als fortgesetzter staatlich sanktionierter Honorardiebstahl bezeichnet.

3 Der Konflikt

Der sich aus dieser Situation herausbildende Konflikt war ursprünglich kein Konflikt zwischen den Kieferorthopäden und den Krankenkassen. Die Konfrontation entstand vielmehr in der Folge daraus, dass die Kieferorthopäden keine Ansprechpartner fanden. Sprachten sie bei den Kassen vor, um auf das Problem hinzuweisen, wurde ihnen bedeutet, dass man das Problem verstehe, aber gesetzestreu die neuen Regelungen umsetzen müsse und wolle. Sprachten die Kieferorthopäden in den Ministerialverwaltungen und der Politik vor, war die Antwort, dass die neuen Regelungen von der Selbstverwaltung vereinbart worden seien und die Politik hierauf keinen Einfluss habe. Negiert wurde, dass das Projekt Bema-Umrelationierung aufgrund einer politischen Vorgabe erfolgte.

Das BMGS ließ den neuen Bema trotz der vorgetragenen Bedenken schließlich aufsichtsrechtlich unbeanstandet passieren. Die Kieferorthopäden hatten weiterhin keinen Ansprechpartner. In den folgenden Wochen führten Erkenntnisse aus betriebswirtschaftlichen Analysen zur künftigen Praxissituation dazu, dass über 70 Kieferorthopäden in Niedersachsen, 12 in Bayern und jeweils 3-7 in Schleswig-Holstein, Baden-Württemberg, Nordrhein, Westfalen-Lippe und Rheinland-Pfalz,

zum Teil auf dringendes Anraten ihrer Steuerberater, mit Auslaufen der Übergangsregelung von Bema-alt zu Bema-neu zum 1.7.2004 auf die Fortführung der kassenzahnärztlichen Tätigkeit verzichteten, da diese gemäß der erstellten betriebswirtschaftlichen Analysen künftig nur defizitär zu erbringen war.

Neben Übersiedlungen von deutschen Kieferorthopäden nach Italien, Österreich, Schweiz, England in die Niederlande und nach Norwegen schlossen erstmals auch Kieferorthopäden ihre Praxis in Deutschland, um in der Tschechei neu zu eröffnen, da selbst dort die Arbeitsbedingungen mittlerweile deutlich besser waren, als die neuen Bedingungen in Deutschland.

Die Rückgabe der Kassenzulassungen war Endpunkt der Bemühungen der Kieferorthopäden, mit den Krankenkassen alternative Verfahrensmodelle zu vereinbaren. So wurden von den Kieferorthopäden Vertragsangebote gemäß der in der Gesetzesnovelle ausdrücklich gewünschten integrierten Versorgung nach § 140 SGB V und Strukturverträge nach § 73 SGB V vorgelegt. Die Kassen beharrten jedoch auf Leistungserbringung zu den ab dem 1.7.2004 geltenden Bedingungen und unterschätzten die ökonomischen Zwänge der Praxen und damit das Reaktionspotenzial.

Parallel dazu hatten sich die Kieferorthopäden mit weiteren Details der neuen Bestimmungen des GMG und mit den Änderungen im Vertragsarztrecht und mit der neueren obergerichtlichen Sozialrechtsprechung befasst. Es wurde die Erkenntnis gewonnen, dass auch unabhängig von kalkulatorischen Zwängen ein Verbleib im System nicht anzuraten war. Hatte die Rechtsprechung des Bundessozialgerichtes den Kassenärzten bereits vor Jahren verkündet, keinen Anspruch eines Kassenarztes auf eine kostendeckende Vergütung zu sehen, sondern lediglich einen Anspruch auf angemessene Teilhabe an der Gesamtvergütung, so war nun ein Urteil des BGH ergangen, worin die Kassenärzte unerwartet sogar zum Vermögensverwalter der Krankenkassen bestimmt werden (B 6 KA 44-03). Dies bedeutete, dass die budgetgesteuerte Tätigkeit als Behandler von Kassenpatienten künftig bei Überschreitungen

von vorgegebenen Leistungsrichtgrößen die Möglichkeit einer Einleitung von Ermittlungsverfahrens wegen Veruntreuung beinhaltet (BGH Az.:4 StR 239/03). Dieser Ansatz wurde in der Novelle des GMG aufgegriffen und dahingehend abgerundet, dass für Erkenntnisse aus Wirtschaftlichkeitsprüfungen Zwangsmittelungen an die Staatsanwaltschaft vorgesehen waren. Auf der anderen Seite sahen sich die Kieferorthopäden in der Pflicht, die Qualität ihrer Behandlungen an den geltenden Leitlinien auszurichten.

Die Behandler befanden sich in einem mehrfachen Dilemma: Einerseits waren viele Behandlungen nicht mehr kostendeckend zu erbringen, andererseits bestand Behandlungspflicht. Einerseits galt es, Behandlungsstandards gemäß fachlicher Leitlinien zu erfüllen, andererseits konnte dies zu Verfahren wegen Veruntreuung von Geldern der Versichertengemeinschaft führen. Die Einhaltung des Wirtschaftlichkeitsgebotes gem. § 12 SGB V führte sektoral zu einer qualitativen Untererfüllung der Behandlungspflichten im Sinne der fachlichen Leitlinien. So wird ein mit einem ärztlichen Kunstfehlerprozess befasster Senat eines Landgerichtes in der Regel weder eine Exkulpation des beklagten Arztes erkennen in einer von diesem vorgetragenen Verpflichtung gegenüber dem GKV-Wirtschaftlichkeitsgebot und noch weniger in einer Begründung seiner Minderleistungen mit nicht kostendeckenden Behandlungsbedingungen.

Das Klima zwischen Kieferorthopäden und Kassen verschlechterte sich weiter. In einzelnen Bundesländern existierte durch die nicht kostendeckende Vergütungssituation für kieferorthopädische Behandlungen ein faktischer Aufnahmeengpass für kieferorthopädische Neufälle. Anfang 2004 bedrohte der vom bayrischen Gesundheitsministerium eingesetzte Staatskommissar die bayrischen Kieferorthopäden per Antritts Rundschreiben⁴ mit Anwendung des Nötigungspara-

graphen §240 des Strafgesetzbuches⁵ sowie § 1 und § 81 des Gesetzes gegen Wettbewerbsbeschränkungen⁶. Zusätzlich wiesen Tagesprofile und staatsanwaltschaftliche Zwangsmittelungen in Folge der novellierten §§ 81 und 106 SGB V den Kieferorthopäden klar den Weg zum Verlassen des Systems.

So verzichteten die Ärzte neben den ökonomischen Zwängen vor allem deshalb auf die Kassenzulassung, weil sie dadurch nicht mehr Adressaten der neuen repressiven Bestimmungen des GMG blieben. Sie mussten nicht mehr befürchten, sich für zwangsläufig erfolgende Überschreitungen von Tagesprofilen »auffällig« zu verhalten und dadurch Objekt staatsanwaltschaftlicher Ermittlungen zu werden. Dagegen musste ein Arzt ohne Kassenzulassung weder fürchten, mit seiner Therapie als »Vermögensverwalter« der Krankenkassen für angebliche Verstöße gegen das Wirtschaftlichkeitsgebot für Veruntreuung haftbar zu sein, noch drohten ihm zivilrechtliche Klagen wegen fachlicher Unterlassungen.

Die Kieferorthopäden wollten nicht per Anordnung zwangsweise defizitär arbeiten und sich bei der Ausübung dieser Arbeit auch noch bedrohen lassen. Nichts sprach für einen Verbleib als Kassenarzt. Auch die Qualität der kieferorthopädischen Behandlungen in Deutschland hatte mit dem neuem Bema eine Rückstufung erfahren. Die Kieferorthopäden wollten die Durchführung dieser Behandlungen für ihren Patienten vermeiden.

5 So zitierte das Rundschreiben § 240 StGB im Wortlaut:

- (1) Wer einen Menschen rechtswidrig mit Gewalt oder durch Drohung mit einem empfindlichen Übel zu einer Handlung, Duldung oder Unterlassung nötigt, wird mit Freiheitsstrafe bis zu drei Jahren oder mit Geldstrafe bestraft.
- (2) Rechtswidrig ist die Tat, wenn die Anwendung der Gewalt oder die Androhung des Übels zu dem angegebenen Zweck als verwerflich anzusehen ist.
- (3) Der Versuch ist strafbar.

6 Der Text des Rundschreibens weist darauf hin, dass Verstöße gegen § 81 GWB als Ordnungswidrigkeiten mit Geldbußen bis zu 500.000 Euro belegt werden können.

4 Kassenzahnärztliche Vereinigung Bayerns, Rundschreiben 04 v. 18.4.2003, S.2.

4 Die Eskalation

Für die Krankenkassen kamen die ersten Rückgaben überraschend. In der Nachkriegszeit hatte es keine realisierten Zulassungsrückgaben gegeben. Zudem hatte man sich durch den 11 Jahre früher eingeführten »Korbparagraphen« § 95b SGB V abgesichert geglaubt. Die Kassen reagierten nun im Sinne einer empfundenen Bedrohung ihrer Machtposition. Sie verschärften die Tonlage und griffen zu Verunglimpfungen der Kieferorthopäden (»... der Sumpf muss trockengelegt werden«, »...Geiselnahme«). Den Kassen war nach ihrem vorherigen Desinteresse an einer Lösung mitzuwirken, nun durch die erfolgten Rückgaben der Kassenverträge unversehens eine Prestigeproblematik erwachsen, welche sich in der Folge zu einer Systemfrage auswuchs.

Eine kleine Gruppe von hochspezialisierten Fachärzten akzeptierte die Chipkarte nicht mehr. Damit war die Frage nach der Funktionsfähigkeit des Systems viel früher als erwartet gestellt worden. Für Kassen und BMGS galt es ein Übergreifen auf weitere Arztgruppen und einen Flächenbrand zu verhindern.

5 Maßnahmen

Brennpunkt der Auseinandersetzung wurde Niedersachsen. Während in anderen Bundesländern eine Einigung mit den Kieferorthopäden betrieben wurde und diese meist zügig erfolgte, waren in Niedersachsen die Fronten traditionell tiefer eingegraben. Kassen und Gesundheitsministerien in Baden-Württemberg, Rheinland-Pfalz, Bayern und Nordrhein verabredeten eine Positivliste Kieferorthopädie, um den Versicherten auf deren Wunsch gegen Zuzahlung den Zugang zu höherwertigen Versorgung zu ermöglichen. Dadurch wurde einem Konflikt mit den Kieferorthopäden das Potenzial genommen. In Niedersachsen dagegen verweigerten sich die Kassen bereits Gesprächen mit den Kieferorthopäden. Man wollte sich dort keine Verhandlungen aufzwingen lassen und stellte die Rückgabe als Nötigung dar. Gespräche sollten nicht mit

»Aussteigern« stattfinden, sondern nur auf empfundener »Augenhöhe« mit der KZV. Zum einen erwarteten die Kassen von dem zum 1.1.2005 wechselnden Vorstand der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Niedersachsens eine verbesserte Kooperationsbereitschaft, zum anderen hofften sie auf ein erleichtertes Handling der Situation mit Inkrafttreten des GMG und Auslaufen der Übergangsregelung zum 1.7.2004.

In den folgenden Wochen argumentierten die Kassen in der Öffentlichkeit im Sinne einer angeblich drohenden Gefährdung der kieferorthopädischen Versorgung der Bevölkerung und bewirkten eine durch die Niedersächsische Sozialministerin ausgesprochene Übertragung des Sicherstellungsauftrages von der Kassenzahnärztlichen Vereinigung auf die Krankenkassen in den von der Zulassungsrückgabe schwer betroffenen Planungsbereichen. Tatsächlich war die Versorgung der Patienten zu keinem Zeitpunkt in Frage gestellt, da sich die Kieferorthopäden öffentlich bereit erklärt hatten, mit Rücksicht auf die Patienten auch nach Rückgabe der Zulassungen die Behandlungen durchzuführen, und diese künftig, außerhalb des Budgets, sogar zu den abgesenkten neuen Bema Regelungen zu erbringen.

Den Kieferorthopäden ging es primär nicht darum, finanzielle Forderungen durchzusetzen. Sie wollten vor allem die Zwänge des Vertragssystems mit Budget, Degression und unsicheren Kalkulationsgrundlagen und floatenden Punktwerten verlassen.

Die Übertragung des Sicherstellungsauftrages auf die Kassen sorgte dort unerwartet für Ernüchterung. Weder gelang es den Kassen, eigene Behandlungseinrichtungen aufzubauen, noch Krankenhäuser zu veranlassen, diese Gründungen vorzunehmen, noch gelang es, qualifizierte Behandler für Einzelverträge zu gewinnen. Lediglich zwei Fachzahnärzte für Kieferorthopädie in ganz Niedersachsen traten Einzelverträgen bei. Auch im Ausland ließen sich kaum Fachzahnärzte oder überhaupt nur Zahnärzte für einen Wechsel nach Niedersachsen finden.

Mit großem Aufwand und Einsatz von Headhuntern und Personalagenturen wurden allen behandlungswilligen Zahnärzten im In- und Ausland sechsjährige Verträge zu ähnlichen Konditionen angeboten, wie sie die ausgetretenen Kieferorthopäden vorab gefordert hatten, diesen aber verweigert worden waren. Bundesgesundheitsministerin Schmidt sprach persönlich bei Ihrem Amtskollegen in Warschau vor. Die Rekrutierungsmaßnahmen scheiterten. Dies lag nicht an mangelnder Intensität bei der Suche, sondern daran, dass eine Praxistätigkeit in Niedersachsen sich rechnerisch nicht positiv darstellen ließ. In zwei Jahren weltweiter Suche konnte lediglich ein einziger Fachzahnarzt für Kieferorthopädie angeworben werden. Dieser syrische Kieferorthopäde war ab Frühjahr 2005 für ein knappes Jahr in angestellter Position in Hildesheim mittels einer Sondergenehmigung wegen fehlender Approbation tätig. Danach wechselte er in die Schweiz. Übrig blieben 2 polnische Zahnärzte in Gemeinschaftspraxis in Hildesheim und ein slowakisches Zahnarzttehepaar in Laatzen, welches sich schwerpunktmäßig der Kieferorthopädie widmen wollte. Diese beiden Praxen klagten über Patientenmangel, wurden jedoch von den Kassen durch Sonderkonditionen gestützt. Damit war dokumentiert, dass die ursprünglichen Beschwerden der Kieferorthopäden offenbar begründet waren, da Niedersachsen selbst für potentielle Interessenten aus medizinischen Schwellenländern eine »no go area« war und dies bis heute geblieben ist. Die Bedingungen zum Betrieb einer kieferorthopädischen Praxis in Niedersachsen sind im Vergleich mit anderen Standorten objektiv zu schlecht.

Das Versagen der Kassen bei der Sicherstellung blieb jedoch für die Versorgung der Versicherten ohne Folgen, weil die Kieferorthopäden ihre Patienten zunächst ohne Honorar behandelten. Die Hauptstrategie, welche die Kassen verfolgten, war es, die Praxen der Aussteiger wirtschaftlich auszutrocknen. Zu diesem Zweck entwickelten sie eine eigene Lesart des § 95b SGB V. Während der Gesetzestext bestimmt, dass die Aussteiger ihre Patienten zum 1,0-fachen Satz GOÄ/GOZ zu Lasten der Kassen behandeln können, bestritten die Kas-

sen die Gültigkeit des Gesetzes für kieferorthopädische Neufälle. Die Niedersächsische Sozialministerin hatte sich durch die Übertragung des Sicherstellungsauftrages an die Kassen hier bereits vorab festgelegt und weigerte sich daher, das Verhalten der Kassen nun aufsichtsrechtlich zu beanstanden. Die Ministerin konnte zunächst politisches Profil zeigen, und sich dann zurücknehmen und die gerichtliche Klärung abwarten. Die Kieferorthopäden hatten unmittelbar den Klageweg beschritten und waren mit Ausnahme der am Sozialgericht Hannover erstinstanzlich entschiedenen Fälle sämtlich erfolgreich. Das Landessozialgerichtes Niedersachsen-Bremen sprach seit Januar 2005 in ständiger Spruchpraxis in einstweiligen Anordnungen den Kieferorthopäden den Vergütungsanspruch zu und verneinte die Existenz einer Einschränkung der Wirkung des § 95b SGB V für Neufälle. Darüber hinaus wurde den Kassen durch Beschluss des LSG (Landessozialgericht) unter Androhung eines Ordnungsgeldes von 125.000 Euro untersagt, zu behaupten, dass die Aussteiger keine Neufälle behandeln dürften. Eine Revision der aufsichtsrechtlichen Position des Ministeriums unter Einbeziehung der ständigen Rechtsprechung des LSG war naheliegend und auch im Interesse der Patienten wünschenswert, erfolgte jedoch nicht. Alle Beteiligten gingen davon aus, dass die Rechtsfragen in einer höchstinstanzlichen Klärung bedürften.

Im September 2006 erging ein Urteil des 3. Senats des LSG Niedersachsen-Bremen im Revisionsverfahren. Der Zahlungsanspruch der klagenden Kieferorthopädin auf Zahlung des 1,0-fachen Satzes GOZ wurde bestätigt, die Klage im konkreten Fall jedoch abgewiesen, nicht weil kein Anspruch aus § 95b SGB V bestand, sondern weil die Rechnungsstellung keine Berücksichtigung der Eigenbeteiligung der Patientin in Höhe von 20 Prozent enthielt und hieraus ein Wettbewerbsvorteil der Aussteigerpraxen gegenüber den Vertragspraxen konstruiert wurde. Das Gericht sah durch die vermeintlich fehlende Erhebung der Eigenbeteiligung durch die Behandler einen Liquiditätsvorteil für Eltern, welche die Aussteigerpraxen aufsuchten. Hieraus schloss das Gericht auf einen Wettbewerbsvorteil der

Aussteiger. Das Urteil kam nicht nur deshalb überraschend, weil der Eigenanteil in der Vorschrift weder vorgesehen ist, noch sich Anhaltspunkte für eine Berechnungsgrundlage finden, sondern vor allem deshalb, weil dieser Punkt durch den Senat in der Verhandlung überhaupt nicht thematisiert wurde, dort aber problemlos hätte als unbegründet ausgewiesen werden können, da der Eigenanteil im Fall der Aussteigerpraxen durch die Krankenkassen von den Eltern eingezogen wird. Die anwesenden Kieferorthopäden gewannen das unerfreuliche Bild eines vorab fixierten Urteils, dessen unzutreffender Ankerpunkt nicht durch eine Erörterung während der Verhandlung gefährdet wurde. Offenbar sollte eine Stattgabe der Klage angesichts des mittlerweile bei weiteren Ärztegruppen erwachenden Interesses an einer Rückgabe der Kassenzulassung in jedem Fall vermieden werden. Dieser Eindruck einer zielorientiert systemtragenden Rechtsprechung wurde insbesondere dadurch verstärkt, dass der Sprecher der Spitzenverbände der niedersächsischen Krankenkassen und profilierteste Gegner des Ausstiegs im Verhandlungstermin als beisitzender Richter auf der Richterbank des 3. Senats saß und erst mittels eines im Termin förmlich gestellten Befangenheitsantrages der klagenden Kieferorthopäden entfernt wurde. Der Befangenheitsantrag stützte sich darauf, dass der befangene Richter nicht nur der Autor der »Geiselnehmerkampagne« und Interviewpartner in Pressekonferenzen, Funk und Fernsehen zum Thema war, sondern sogar die beklagte Kasse persönlich erstinstanzlich in genau dem Verfahren vertreten hatte, über das er nun im Revisionsverfahren richten sollte. Dieser ungewöhnliche Vorgang, in Verbindung mit der ebenso ungewöhnlichen Verhandlungsführung, hinterließ den Eindruck einer vom Gericht taktisch vorgenommen Verweigerung rechtlichen Gehörs und führte zu einer verstärkten Solidarisierung der Kieferorthopäden. Die Berufung zum Bundessozialgericht wurde zugelassen und im November 2006 eingelegt. Das Verfahren dauert an.

| 2.3 KV-Ausstieg als unternehmerische Herausforderung

Franz-Josef Müller

Aktuelle wirtschaftliche Situation der KV-Mitglieder

Entgegen der landläufigen Auffassung, es ginge den Ärzten gut und sie würden auf hohem Niveau jammern, beweisen die Fakten das Gegenteil: Viele Ärzte stehen vor dem Ruin. Wären sich die Ärzte ihrer Marktmacht als Anbieter bewusst, wie dies schon vor 150 Jahren die Arbeiter mit »Alle Räder stehen still, wenn dein starker Arm es will« unmissverständlich deutlich machten, würde es angesichts der katastrophalen wirtschaftlichen Situation der Ärzte keine Diskussion mehr über den Systemausstieg geben: Der Systemausstieg wäre bereits vollzogen. Der Einsatz von Marktmacht war schon in der Vergangenheit der Schlüssel zur Lösung wirtschaftlicher Probleme von Anbietern. Das ist auch heute noch der einzig erfolgversprechende Ansatz, die berechtigten Forderungen der Ärzteschaft durchzusetzen.

In den letzten 15 Jahren sind die nominalen Einnahmen pro Arzt nicht gestiegen. Da gleichzeitig die Ausgaben mit der Inflationsrate stiegen, führte dies zu einer Reduzierung des Überschusses. Zusätzliche Ausgaben aufgrund des medizinisch technischen Fortschritts und der Investitionen in neue Geräte verschärften die wirtschaftliche Schieflage. Kompensiert wurden die Ausgabenanstiege nur teilweise durch kostendämpfende Maßnahmen wie Personalabbau, Zusammenschluss zu kooperativen Unternehmensformen oder der Rückstellung von Investitionen. Reichten diese Maßnahmen nicht aus, fand »Entsparen« statt. In defizitär arbeitenden Arztpraxen wurden, in besseren Zeiten angesparte, Guthaben des Arztes eingesetzt oder Hypotheken auf Eigenheime aufgenommen, um die Arztpraxis am Überleben zu halten. In Einzelfäl-

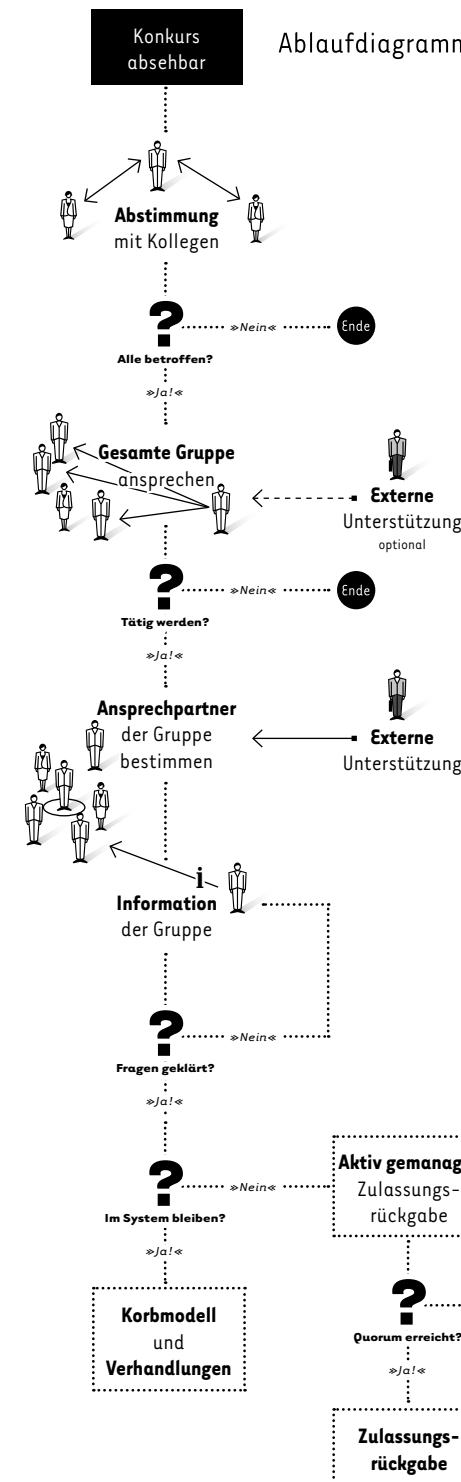
len wurde sogar ererbtes Familienvermögen in die Praxis gesteckt in der Hoffnung, dass es irgendwann einmal besser werden müsse.

Die Verluste waren innerhalb der Ärzteschaft extrem ungleichmäßig verteilt. Einige Ärzte bemerkten noch nicht einmal einen wirtschaftlichen Einbruch, diese Ärzte bezeichne ich im weiteren als »Oberhaus«. Andere Ärzte näherten sich dagegen mit Riesenschritten dem Existenzminimum bzw. dem Konkurs, sie bilden das »Unterhaus«. Die Ursachen für diese heterogene Entwicklung passen in ein Schema: Ein Teil der Ärzte (Oberhaus) wird vorsätzlich auf Kosten eines anderen Teils (Unterhaus) besser gestellt. Wem es wirtschaftlich schlecht geht, der hatte nur das Pech zur »falschen« Gruppe zu gehören. Einmal im Unterhaus angesiedelt, gibt es im System fast keine Möglichkeit, aus eigener Kraft ins Oberhaus aufzusteigen. Ob ein Arzt Mitglied des Ober- oder des Unterhauses wurde, hing dabei nicht einmal ansatzweise von seinen individuellen Fähigkeiten ab. Die Eingruppierung ist Ergebnis von Willkür. Der einzelne Arzt hat so gut wie keine Chance, die einmal planwirtschaftlich getroffene Entscheidung zu verändern. Denn um es zu ändern, wäre freier und fairer Wettbewerb die Voraussetzung. Wettbewerb ist jedoch systemimmanent ausgeschlossen.

Die Verteilung der Gesamtvergütung ist immer das Ergebnis von Machtverhältnissen innerhalb der KV. Stärkere oder geschicktere Gruppen, das Oberhaus, haben sich auf Kosten von anderen Gruppen, dem Unterhaus, besser gestellt. Welche Versuche auch immer in der Vergangenheit unternommen wurden, um die Honorarverteilung zu verändern, am Ende hat die Honorarverteilung nur die bestehenden Machtverhältnisse innerhalb der KV bestätigt. Diese Aussage trifft für alle KVen zu. Im Osten liegt das durchschnittliche Honorarniveau deutlich unter, im Westen deutlich über dem Durchschnitt.

Für eine in sich homogene Gruppe von Ärzten, beispielsweise die Mitglieder einer bestimmten Fachgruppe, die als typische Vertreter des Unterhauses geschlossen »mit dem Rücken zur Wand steht«, gibt es keine Möglichkeit, den eigenen

Ablaufdiagramm kollektive Zulassungsrückgabe



Konkurs innerhalb des Systems abzuwenden. Der Weg für Mitglieder des Unterhauses aus der eigenen Honorarmisere kann nur im Ausstieg aus dem System liegen. Denn im System wird von den Mitgliedern des Oberhauses der Status quo mit allen Mitteln verteidigt, weil selbst noch so kleine Veränderungen den eigenen relativen Vorteil gefährden könnten. Diese Zwangsjacke lässt sich nur über die Ausübung von Marktmacht abschütteln.

Handlungsoptionen

Hat ein Arzt alle Effizienzreserven genutzt, sind die Ausgaben auf ein Minimum reduziert worden und besteht das Praxispersonal schon aus unbezahlten Familienmitgliedern, kann der Arzt im System nichts mehr unternehmen, um seine wirtschaftliche Situation zu verbessern. Jede weitere Kostenreduktion würde die Funktionsfähigkeit der Praxis so stark einschränken, dass im Ergebnis nur der Zeitpunkt der Insolvenz vorverlegt würde. Sind zudem alle weiteren Möglichkeiten, beispielsweise Kooperation mit anderen Ärzten,

Erweiterung des Leistungsspektrums, Kostenreduktion, Ausbau von Leistungen mit positivem Deckungsbeitrag oder Erhöhung des Privatpatientenanteils, so weit machbar umgesetzt worden, bleiben nur noch drei Handlungsoptionen übrig: Besserstellung im System oder Systemausstieg. Die dritte Option, nichts tun und abwarten, ist im Eigentlichen keine Handlung sondern eine Unterlassung. Sie wird im Weiteren nicht mehr betrachtet.

Besserstellung im System

Eine Besserstellung im System fällt zukünftig vor allem deswegen schwerer, weil sich die wirtschaftlichen Rahmenbedingungen für Ärzte im Allgemeinen und für die Ärzte aus dem Unterhaus im Besonderen deutlich verschlechtern werden. Die Anhebung der Mehrwertsteuer um drei Prozentpunkte zum 1.1.2007 führt zu einem weiteren Ausgabenanstieg. Zusätzlich werden die neuen Vertragsmöglichkeiten, im Besonderen die Verträge nach §73b SGB V (hausarztzentrierte Versorgung) sowie §73c (Förderung der Qualität), zu einem deutlichen Rückgang der Gesamtvergütung führen. Nur Ärzte, die an diesen Verträgen teilhaben, werden Verluste kompensieren oder sogar überkompensieren können. Mit der Einführung eines Basistarifs in der Privaten Krankenversicherung (PKV) besteht zudem die große Gefahr, dass die beihilfeberechtigten Patienten von den öffentlichen Arbeitgebern in diesen Basistarif gedrängt werden.

Bricht mit der Einführung des Basistarifs in der PKV die Hälfte aller privatärztlichen Einnahmen weg, sind sofort zwischen 30 und 50 Prozent aller Arztpraxen von Insolvenz bedroht. Eine Besserstellung im System ist daher eine rein theoretische Option. Wer trotzdem für das Ziel einer Besserstellung im System eintritt, der muss sich fragen lassen, welche Kollegen dafür auf der Strecke bleiben sollen.

Systemausstieg durch Zulassungsrückgabe

Systemausstieg bedeutet, dass ein niedergelassener Vertragsarzt die Fesseln des fünften Sozialgesetzbuches (SGB V) abstreift. Dazu muss der Arzt den Prozess, der zu seiner Zulassung zur vertragsärztlichen Versorgung führte, umkehren: Rückgabe der Zulassung.

Individuelle Rückgabe der Vertragsarztzulassung

Eine individuelle Rückgabe der Zulassung ist einem Arzt unter Einhaltung der entsprechenden Vorschriften jederzeit möglich. Mit der Rückgabe seiner Zulassung verzichtet der Arzt auf Zugang zu ca. 90 Prozent aller Patienten. Für den typischen Unterhausarzt ist die individuelle Zulassungsrückgabe keine ernsthafte Option, da er ausschließlich mit Privatpatienten keine ausreichenden Umsätze erwirtschaften kann. Kommt es mit der Einführung des Basistarifs in der PKV zu einer Halbierung des Umsatzes aus Privatliquidation, werden selbst seit vielen Jahren am Markt etablierte Privatärzte vor der Insolvenz stehen. Die individuelle Rückgabe der Vertragsarztzulassung ist für die Mehrheit der Vertragsärzte völlig unrealistisch.

Kollektive Rückgabe der Vertragsarztzulassung

Eine kollektive Zulassungsrückgabe im Sinne von § 95b SGB V stellt einen Verstoß gegen die Pflichten eines Vertragsarztes dar. Teil der Sanktion ist, dass ein Arzt nach einer kollektiven Zulassungsrückgabe zwar jeden Kassenpatienten behandeln kann, aber die Abrechnung darf nur mit 1,0-fachem Satz nach GOÄ gegenüber der Kasse erfolgen. Alle weiteren Folgen einer kollektiven Zulassungsrückgabe, beispielsweise die sechsjährige Sperre einer Wiederezulassung als Vertragsarzt, sind für Zulassungsrückgeber de facto irrelevant. Die kollektive Zulassungsrückgabe ist das allerletzte Mittel, das eigene Überleben zu sichern. Wird der Weg einmal beschritten, gibt es keinen Grund, in das System zurück zu kehren. Denn »zurück« wäre gleichbedeutend mit Insolvenz. Die kol-

lektive Zulassungsrückgabe ist der Akt, mit der die Ausübung von Marktmacht durch die Gruppe beginnt. Ab dem Zeitpunkt ist alles auf die Frage zu reduzieren, wer mehr Marktmacht hat bzw. wer seine Marktmacht besser einsetzt. Ist eine Gruppe erst einmal aus dem System ausgestiegen, ist der Gesetzgeber mit seinem Latein sofort zu Ende. Ab dann gelten die Gesetze des Marktes. Begehen die Zulassungsrückgeber keine gravierenden Fehler, steht die Gegenseite »in kurzen Hosen« da.

Derzeit werden zwei Ansätze diskutiert, wie man die kollektive Zulassungsrückgabe umsetzen könnte: Das passive »Korbmodell« und die »aktiv gemanagte Zulassungsrückgabe«. Beide Modelle unterscheiden sich bezüglich ihrer Abstimmungsprozeduren und der Vorgehensweise gravierend voneinander. Beim Korbmodell werden die Initiatoren erst nach Erreichen einer vorher definierten Zahl an Rückgabewilligen tätig. Bei der aktiv gemanagten Zulassungsrückgabe reicht dagegen die Entscheidung einiger Initiatoren aus, um die kollektive Zulassungsrückgabe anzugehen.

Korbmodell

Während der Laufzeit des Korbes haben die potenziellen Teilnehmer Anreize sich »strategisch« zu verhalten, also bewusst die Unwahrheit zu sagen. Damit kann sich das Management eines Korbes bis zuletzt niemals sicher sein, wie hoch die Beteiligungsquote tatsächlich ist. Die Korblaufzeit von mehreren Monaten macht den Korb zudem extrem anfällig für Attacken von außen. Um einen Systemausstieg zu verhindern, können Kassen und KV einem Teil der Gruppe eine so deutliche Besserstellung im System anbieten, dass die angesprochenen Ärzte aus der Gruppe ausscheren und der Korb damit schon vor der ersten Abstimmung scheitert. Solche Attacken sind bis zur letzten Abstimmung möglich und wahrscheinlich. Kassen und KV haben etwas zu verlieren. Sie werden nichts unversucht lassen, eine kollektive Zulassungsrückgabe zu vereiteln. Denn gelingt die kollektive Zulassungsrückgabe, wäre das planwirtschaftliche Gesundheitswesen am Ende.

Monate nach dem Start des Korbes wird mit Erreichen des ersten Quorums nur ein nächster Abstimmungsprozess angestoßen. Erst wenn nach der letzten Abstimmung immer noch genügend Ärzte dabei sind, werden die Zulassungen abgegeben. Bei der aktiv gemanagten Zulassungsrückgabe ist dagegen schon mit der erfolgreichen ersten Abstimmung der Systemausstieg vollzogen. Eine Beeinflussung von außen, beispielsweise ein »Rauskaufen« von Korbmitgliedern durch Kassen, ist hier auf Grund der zielgerichteten Vorgehensweise unmöglich. Weiterhin ist ein taktisches Verhalten der Ärzte, wie »erst mal sehen, wer alles mitmacht« und sich dann für oder gegen eine Teilnahme entscheiden, durch die Vorgehensweise ausgeschlossen. Die aktiv gemanagte Zulassungsrückgabe ist sowohl gegen strategisches Verhalten von Gruppenmitgliedern und als auch gegen Attacken von außen immun.

Korbmodell in der »Urologen-Variante«

Urologen aus der KV Nordrhein haben Mitte 2006, unter Verwendung des Begriffs Korbmodell, eine besondere Variante des klassischen Korbmodells, wie es Zahnärzte 1992 erstmalig versucht haben, geschaffen. Statt ausschließlich die kollektive Zulassungsrückgabe, und damit den Systemausstieg, als Ziel zu definieren, haben sich die Urologen ein Zwischenziel gesetzt. Dieses Zwischenziel heißt Drohgebärde, um eine bessere Honorierung im System zu erreichen. Wird dieses Zwischenziel erreicht, findet kein Systemausstieg statt. In diesem Punkt unterscheidet sich die Urologen-Variante vom klassischen Korbmodell bzw. der aktiv gemanagten Zulassungsrückgabe. Da gibt es nur ein einziges Ziel: Kollektive Zulassungsrückgabe.

Ein weiterer Unterschied zwischen der Urologen-Variante und dem herkömmlichen Korbmodell bzw. der aktiv gemanagten Zulassungsrückgabe liegt in den Ausgangsvoraussetzungen. Die Urologen-Variante kann auch von Gruppen gewählt werden, die wirtschaftlich nicht einmal ansatzweise bedroht sind. Sie kann sogar von Gruppen gewählt werden, die selbst innerhalb des Oberhauses noch zu den Bessergestellten gehö-

ren. Das Verfahren basiert auf der Annahme, dass Kassen und KV »von sich aus« einer Besserstellung zustimmen werden, da sie eine kollektive Zulassungsrückgabe um nahezu jeden Preis verhindern wollen. Ob die Besserstellung durch eine Aufstockung der Gesamtvergütung oder zu Lasten von anderen Gruppen innerhalb der KV erfolgt, spielt für die Vertreter der Urologen-Variante keine Rolle.

Wird in der Urologen-Variante die Besserstellung im System erreicht, ist das Vorhaben beendet. Der Systemausstieg wäre obsolet geworden. Im Gegensatz zu einem Systemausstieg, welcher vermutlich erst zu einer völligen Destabilisierung und dann zum Kollaps führen würde, hätte die Besserstellung im System genau den gegenteiligen Effekt: Statt eine Veränderung zu erzwingen, wäre das System stabilisiert worden. Nur wenn eine Besserstellung im System nicht erreicht würde, käme als Ersatzziel noch die kollektive Zulassungsrückgabe in Frage. Da die über den Korb gewonnene Marktmacht jedoch nicht einmal ausgereicht hatte, eine Besserstellung im System zu erreichen, wird das viel anspruchsvollere Ziel »Systemausstieg« mit hoher Wahrscheinlichkeit erst recht nicht erreicht werden.

Gemeinsamkeiten von Korbmodell und aktiv gemanagter Zulassungsrückgabe

Liegen die Voraussetzungen für eine kollektive Zulassungsrückgabe vor, weil u. a. der eigene Konkurs für den Arzt absehbar ist, wird der Arzt aktiv werden (s. Abb.: Ablaufdiagramm kollektive Zulassungsrückgabe). Im ersten Schritt wird sich ein Arzt mit einigen Kollegen unterhalten und dabei prüfen, ob außer ihm noch weitere Kollegen in einer ähnlichen Situation sind. Wäre der Arzt ein Ausnahmefall, wären an der Stelle seine Bemühungen zur kollektiven Zulassungsrückgabe am Ende. Sind dagegen weitere Kollegen betroffen, werden die bisher angesprochenen Kollegen im nächsten Schritt alle ansprechen, die für eine kollektive Zulassungsrückgabe unter Einhaltung der notwendigen Homogenitätskriterien in Frage kommen. Bereits für diesen Schritt bietet es sich an, externe Unterstüt-

zung für das weitere Management der Gruppe heranzuziehen. Die Größe der Gruppe wird vermutlich unter 100 Ärzten liegen.

Beschließt die Gruppe den Systemausstieg anzugehen, wählt sich die Gruppe aus ihrer Mitte heraus Ansprechpartner. Spätestens zu diesem Zeitpunkt benötigt die Gruppe externe Unterstützung, damit beim weiteren Vorgehen möglichst wenig Fehler gemacht werden. Anschließend findet ein umfassender Informations- und Diskussionsprozess innerhalb der Gruppe und ggf. auch mit externen Beratern, beispielsweise Juristen, statt. Sind alle Fragen hinreichend geklärt, ist zu entscheiden, ob man den Weg über das Korbmodell oder über die aktiv gemanagte Zulassungsrückgabe gehen will.

Aktiv gemanagte Zulassungsrückgabe

Der Korb stellt ein passives Modell zum Sammeln von Absichtserklärungen über einen Zeitraum von mehreren Monaten dar. Im Unterschied dazu wird bei der aktiv gemanagten Zulassungsrückgabe jeder einzelne potenzielle Teilnehmer vom Management der Gruppe befragt, ob er sich bei Erreichen eines vorher definierten Quorums an einer kollektiven Zulassungsrückgabe beteiligt. Die Entscheidung hat verbindlichen Charakter. Der Arzt kann eine einmal getroffene Entscheidung nicht mehr revidieren. Da der Arzt nicht weiß, wie sich seine Kollegen entscheiden werden bzw. schon entschieden haben, kann er nicht taktieren. Er ist gezwungen, seine wahren Präferenzen offen zu legen. Ein sogenanntes Trittbrettfahren (Free-Riding), also eine Besserstellung durch Verbergen der eigenen wahren Präferenzen, ist dabei für alle Gruppenmitglieder verfahrensbedingt nicht möglich. Die Befragung erfolgt innerhalb von wenigen Wochen. Sind alle Gruppenmitglieder befragt und ist das vorgegebene Quorum erreicht, werden die Zulassungen zurückgegeben.

Wirtschaftliche Situation nach kollektiver Zulassungsrückgabe

Hat eine Gruppe die Zulassung kollektiv zurück gegeben, sind die Mitglieder der Gruppe Privatärzte. Eine Behandlung von Kassenpatienten mit Abrechnung der Leistung gegenüber der Kasse ist ihnen nicht möglich. Führt der Ausstieg der Gruppe allerdings zu einer so starken Beeinträchtigung der vertragsärztlichen Versorgung, dass die Aufsichtsbehörde der KV den Sicherstellungsauftrag entzieht und ihn an die Kassen übergibt, ändert sich die Situation grundlegend. Ab dem Zeitpunkt kann auch ein kollektiver Zulassungsrückgeber Kassenpatienten behandeln. Er hat dann einen Anspruch in Höhe von 1,0-fach GOÄ gegenüber der Kasse.

Ist die Gruppe nicht per se ungeeignet und setzt sie die, durch den Ausstieg aus dem System gewonnene, Marktmacht ein, wird es nur eine Frage von Tagen sein, bis der Sicherstellungsauftrag an die Kassen übergeht. Da eine Privatrechnung unmittelbar nach Abschluss einer Behandlung erstellt werden kann, wird der Zulassungsrückgeber für jeden Kassenpatienten unmittelbar nach der Behandlung eine Rechnung an die Kasse stellen. Inklusiv Zahlungsziel, Erinnerung und Fristen, sollte die Rechnung binnen 30 Tagen bezahlt sein. Würden die Kassen an der Stelle versuchen, die Zahlungen systematisch hinauszuzögern, um so wirtschaftlichen Druck auf die Zulassungsrückgeber auszuüben, wäre das Management der Gruppe gefragt. Wie jeder andere Privatarzt auch, würden die kollektiven Zulassungsrückgeber die Behandlung von Patienten unverzüglich einstellen, wenn der Rechnungsempfänger nicht zahlen würde. Nach weniger als zwei Monaten bezahlen die Kassen entweder anstandslos oder die Ärzte behandeln keine Kassenpatienten. Eine Behandlung, Notfälle ausgenommen, von Kassenpatienten würde so lange ausgesetzt, wie nicht gezahlt würde.

Da sich die Zulassungsrückgeber aus dem Unterhaus rekrutieren und das Unterhaus in der Regel nur über wenige bzw. gar keine finanzielle Reserven verfügt, muss die Durchsetzung des Forderungsanspruches der Zulassungsrückgeber

gegenüber den Kassen höchste Priorität haben. Vor dem Hintergrund, dass die meisten Ärzte Kredite zu bedienen haben, sind im Vorfeld Gespräche mit der Bank zu führen. Für Banken sind Ärzte Unternehmer. Banken haben Unternehmern Kredite gewährt und das oberste Interesse der Banken ist, dass diese Kredite bedient werden. Häufig erkennt eine Bank sehr viel früher als der Arzt, dass die Praxis wegen zu niedriger Einnahmen existenziell gefährdet ist. Kann ein Arzt der Bank in solch einer Situation ein Konzept präsentieren, wie er die Einnahmenschwäche trotz Vollauslastung beheben will, wird ihm eine rational agierende Bank kaum in den Rücken fallen. Denn die Bank hat weder ein Interesse an einem Kreditausfall noch an einer mit Risiken behafteten Veräußerung des zur Kreditabsicherung hinterlegten Immobilienvermögens.

Ein Unternehmer in wirtschaftlich bedrohlicher Lage muss handeln, will er einen drohenden Konkurs abwenden. Ein »weiter so« verbietet sich von selbst. In dieser Situation ist die kollektive Zulassungsrückgabe mit Anspruch auf Honorar in Höhe 1,0-fach GOÄ eine sehr aussichtsreiche Alternative. Jeder Zulassungsrückgeber kann gegenüber seiner kreditgebenden Bank leicht erklären, wie sich die Einnahmen in Zukunft verändern werden, wenn er nichts unternimmt: Dann ist es keine Frage, ob ein Konkurs eintreten wird sondern nur, wann dies der Fall sein wird. Gibt der Arzt dagegen die Zulassung kollektiv zurück, wird sich die Einnahmensituation deutlich verbessern. Mit der kollektiven Zulassungsrückgabe gewinnt die Gruppe so viel Marktmacht, dass sie »jeden beliebigen« Preis zwischen dem aktuellen und einem am Markt ermittelten Preis durchsetzen kann. Kassen, KV und Politiker haben nämlich keine Möglichkeit, auf andere oder gar günstigere Anbieter auszuweichen.

Der Umsatz pro Patient ist nach 1,0-fach GOÄ gut abschätzbar und die Patientenzahl in den Praxen wird sich nicht verringern sondern tendenziell sogar erhöhen. Der Grund ist offensichtlich. Für den Patienten verbessert sich nach der kollektiven Zulassungsrückgabe beim Arzt einiges. Bei einem kollektiven Zulassungsrückgeber muss der Patient weder eine

Überweisung vorlegen noch die Praxisgebühr zahlen. Der Arzt ist auch nicht mehr an die engen Fesseln des Wirtschaftlichkeitsgebots nach § 12 SGB V gebunden. Patienten müssen nicht mehr auf dem vorgeschriebenen »ausreichenden« Niveau versorgt werden sondern der Arzt kann die Kassenpatienten ausführlich, mit höherer Aufmerksamkeit und somit auf deutlich höheren Qualitätsniveau behandeln.

Zudem ist der Arzt weder von Regressen bedroht noch an die Vorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses gebunden. Beispielsweise muss ein erfolgreich auf Analoginsulin umgestellter Typ-2-Diabetiker nicht auf Humaninsulin zurück umgestellt werden, nur weil die Kassen bei einer ausreichenden statt optimalen Behandlung Kosten sparen. Kassenformulare aller Art entfallen. Statt eines Wettbewerbsnachteils, wie dies von Laien häufig in Verkennung der Fakten angenommen wird, wird der Arzt einen Wettbewerbsvorteil gegenüber all den Ärzten haben, die noch im System verblieben sind.

Könnten die Kassen die Bezahlung von Rechnungen dauerhaft verzögern, besteht die Gefahr, dass ein Zulassungsrückgeber trotzdem in die Insolvenz abrutscht. Zeichnet sich eine unzureichende Zahlungsmoral der Kassen ab, ist das Management der Gruppe gefordert, die Marktmacht der Gruppe einzusetzen. Nach wenigen Monaten werden die Einnahmen aus der Behandlung von Kassenpatienten über den von der KV gezahlten Honoraren liegen. Spätestens drei Monate nach der Zulassungsrückgabe sollte sich der Dispo-Kredit reduziert haben.

Es ist nicht zu erwarten, dass sich der Zustand einer Honorierung mit 1,0-fach GOÄ auf Dauer halten lassen wird. Zwar können die Kassen die Gesamtvergütung um die entsprechenden Zahlungen an die Zulassungsrückgeber bereinigen und haben insofern keine Mehrkosten. Aber die erste erfolgreich durchgeführte Zulassungsrückgabe wird sofort Nachahmer finden. Je höher die Finanzvolumina, um die die Kassen die Gesamtvergütung wegen Zahlungen an Zulassungsrückgeber bereinigen müssen, desto größer der Leidensdruck auf die zurückgebliebenen Vertragsärzte. Deren Einkünfte fal-

len nämlich überproportional stark, so dass es noch viel unattraktiver wird, im System zu verbleiben. Kein Arzt kann es sich leisten im System zu verbleiben, falls in seiner Gruppe die Mehrheit aus dem System aussteigt. Denn ist eine Gruppe ausgestiegen, hat die Gruppe gewonnen und der Rest verloren. Lässt sich diese Erkenntnis vorab vermitteln, wird die Beteiligung an einer kollektiven Zulassungsrückgabe hoch sein.

Unabhängig davon, ob das System schnell unter einer Welle von Zulassungsrückgaben vollkommen zerbricht oder ob nur in Teilbereichen Anpassungen stattfinden, werden Honorargespräche mit der Gruppe der Zulassungsrückgeber geführt werden. Auf welche Honorarhöhe man sich am Ende einigen wird, kann niemand vorhersagen. Ist die Gruppe der Zulassungsrückgeber gut aufgestellt und setzt sie ihre Marktmacht zur Optimierung des eigenen Nutzens ein, wird die Gruppe am Ende eine angemessene Honorierung ihrer Leistungen durchgesetzt haben. Der Systemausstieg ist erfolgreich vollzogen.

2.4 Erfahrungen aus der Privatärztlichen Praxis – ein Berufsleben unabhängig von der KV

Dr. Conrad C. Singe

Die aktuelle gesundheitspolitische Lage ist geprägt vom Widerstand gegen die Gesundheitsreform. »Man muss ja kein Vertragsarzt sein«, wird Bundesärztekammer Präsident Dr. Jörg-Dietrich Hoppe zitiert. Und sogar zum Boykott des Gesundheitsreformgesetzes rief der Vorstand der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, Dr. Andreas Köhler, auf und drohte damit, die Umsetzung des Gesundheitsreformgesetzes zu verweigern. Sollen die Ärzte also ihre Kassenzulassungen abgeben und nur noch privatärztlich tätig sein? Im Jahr 2005 sind im Bundesgebiet 7900 Ärzte ausschließlich als Privatärzte tätig; dies entspricht 5,8 Prozent aller ambulant tätigen Ärzte → Abb. 1.

Im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung sinken durch Regulation und Budgetierung die ärztlichen Honorare. Da die Kosten jedoch steigen, geht dies sofort zu Lasten der Praxisgewinne. Als Folge breitet sich unter vielen Vertragsärzten Unzufriedenheit aus, die Investitionsbereitschaft sinkt, Personal muss entlassen werden, neue Geräte können nicht angeschafft werden, zuletzt sinkt sogar der Praxisverkaufspreis, der als Bestandteil der Altersvorsorge eingeplant war. Viele Praxen im ländlichen Bereich sind kaum mehr veräußerbar. Dagegen bildet die für den Privatarzt gültige Gebührenordnung für Ärzte, die GOÄ, zumindest eine stabile Kalkulationsgrundlage, obwohl sie seit Jahren nicht angepasst wurde und die Beschreibung und Bewertung des Leistungskatalogs völlig hinter der medizinischen Entwicklung zurückgeblieben sind. Ist dies allein Motiv, Privatarzt zu sein? Nein.

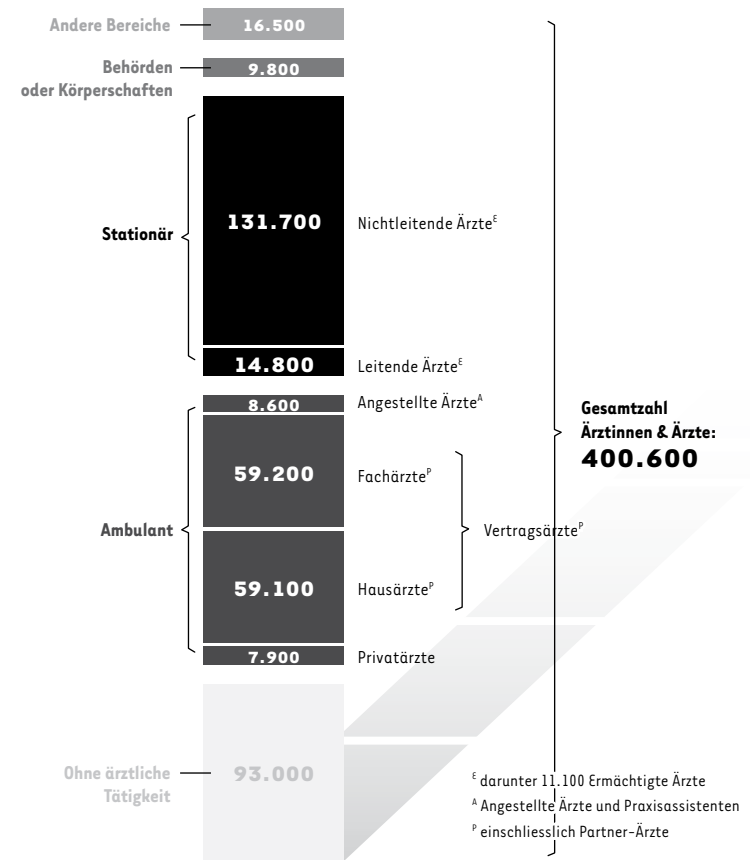


Abb. 1 – Struktur der Ärzteschaft 2005 Datenquelle: Statistik BÄK u. KBV

I Praxisübernahme

1988 erhielt ich das Angebot, eine große internistische Praxis zu übernehmen. Diese war bereits 30 Jahre ausschließlich als Privatpraxis geführt worden, in zentraler Innenstadtlage gelegen und umfassend ausgestattet unter anderem mit eigenem Röntgen und praxiseigenem Labor. Zu diesem Zeitpunkt

verfügte ich über eine elfjährige klinische Ausbildung in den Fächern Chirurgie, Pathologie, Innere Medizin sowie im Teilgebiet Gastroenterologie, davon insgesamt 5 Jahre an einer Universitätsklinik. Trotz eines relativ hohen Kaufpreises und fehlender Vergleichsmöglichkeiten überzeugte das Praxiskonzept. An Investitionen mussten Renovierungsarbeiten, Umbauarbeiten, Modernisierung des Labors sowie die Neueinführung der Endoskopie bewältigt werden. Damit konnte dann für den Patienten ein umfangreiches diagnostisches und therapeutisches Konzept für das Gesamtgebiet der Inneren Medizin angeboten werden. Diese Perspektive war ausreichend verlockend, um eine weitere »Karriere« am Krankenhaus aufzubauen.

2 Das eigene Praxiskonzept: Schulmedizin auf hohem Niveau

Die Praxis ist spezialisiert auf Diagnostik und Differentialdiagnostik auch schwieriger Krankheitsbilder sowie von Multiorganerkrankungen. Es werden Check-Up-Untersuchungen ähnlich den Kriterien der Deutschen Klinik für Diagnostik angeboten sowie Vorsorgeuntersuchungen. Im Vordergrund steht die ganzheitliche Orientierung am Patienten mit Blick auf seine körperliche und psychische Befindlichkeit.

Die Anamnese ist selbstverständlich umfassend und beginnt bei der Familie, Vorerkrankungen, Voroperationen, Allergien und Medikamentenunverträglichkeiten. Sie versucht auch zu klären, mit welchen Erwartungen und Bedürfnissen der Patient in die Praxis kommt.

In der Regel kann an einem einzigen Vormittag eine umfassende Gesundheits- und Vorsorgeuntersuchung durchgeführt werden: Diese umfasst eine Ganzkörperuntersuchung, eine Untersuchung der Haut, einen orientierenden neurologischen Status sowie in Abhängigkeit von der Fragestellung EKG, Echokardiografie, Belastungs-EKG, Lungenfunktion und Lungenröntgen, Ultraschalluntersuchungen von Schilddrüse, Bauchorganen, Nieren und Prostata sowie Farbduplexsonografie der Halsschlagadern, der Bauchorta und der Ge-

fäße von Armen und Beinen. Für die Labordiagnostik steht ein eigenes Labor zur Verfügung, das mit einer MTLA besetzt ist. Sofortuntersuchungen sind möglich für Blutzucker, Blutgerinnung, Troponin-Test auf Herzinfarkt, ein eigenes Hämatologierät liefert das kleine Blutbild binnen weniger Minuten.

Nach Auswertung aller Befunde werden die Diagnosen erarbeitet und nach Bedeutung geordnet: Es folgt die Ausarbeitung eines Therapiekonzeptes. Dieses wird in einem ausführlichen Abschlussgespräch mit dem Patienten besprochen, gemeinsame Therapieziele werden erarbeitet. Den Abschluss bildet ein schriftlicher Therapieplan, gegebenenfalls ergänzt durch Hinweise zur Lebensweise; bei Bedarf wird ein schriftlicher individueller Ernährungsplan und auch ein Trainingsplan erstellt. Etwaige notwendige Kontrollen werden vereinbart.

3 Der Patientenkreis

10 Prozent der Bevölkerung sind ausschließlich privat versichert. Der Kreis der Privatversicherten umfasst keinesfalls nur »Gutverdiener« und »Besserverdiener«. Er erstreckt sich auch vom Bauern über selbstständige Handwerker bis zum Friseurmeister mit eigenem Geschäft. Er umfasst Beamte der Stadtverwaltung, der Polizei, des Bundes, der Bundesbahn, der Post, leitende Angestellte, Politiker und Führungskräfte der Wirtschaft.

Die meisten Patienten kommen auf Empfehlung anderer Patienten, viele über die Gelben Seiten, zunehmend auch über das Internet und die Internetauskünfte. Die Erwartungen sind hoch, aber nicht überzogen. Häufig klagen Patienten über schlechte Erfahrung bei der Privatbehandlung durch Vertragsärzte. Die häufigsten Klagen umfassen lange Wartezeiten, Unruhe und Hektik, veraltete Geräte und zu wenig Beratungszeit.

Auch in der Privatpraxis ist die Zeit pro Patient begrenzt, dennoch darf der Patient erwarten, dass ihm in Relation die zwei- bis dreifache Zeit gewidmet wird.

Beispielhaftes Praxisleistungsangebot

Internistische Privatpraxis

- | | | |
|--|--|---|
| <p>☐ Konventionelles Röntgen</p> <p>☐ Endoskopie</p> <ul style="list-style-type: none"> Gastroduodenoskopie, tiefe Duodenoskopie inklusive Dünndarm-PE Ileokoloskopie Proktologie (Hämorrhoiden-Behandlung u.a.m.) <p>☐ Kardiologische Untersuchungen / Lungenfunktionsanalyse</p> <ul style="list-style-type: none"> EKG / mit Belastung Farbcodierte Echokardiografie 24-Stunden EKG Lungenfunktion, ggf. Betamimetika-Test Pulsoxymetrie <p>☐ Kreislaufuntersuchung und Durchblutungsmessung (Arme und Beine)</p> <ul style="list-style-type: none"> Schellong-Test 24-Stunden Blutdruckmessung B-SCAN peripherer Gefäße und Doppler, Farbdopplersonografie | <p>☐ Sonographie (Ultraschall)</p> <ul style="list-style-type: none"> Abdominalorgane (Pankreas, Leber, Galle, Gallenwege, Nieren, Milz, Gefäße, Prostata, Blase) Schilddrüse Körperoberflächen (z.B. Bauchdecke) Muskulatur, Sehnen u. Gelenke Lymphknotenstationen <p>☐ Untersuchung der hirnversorgenden Arterien</p> <ul style="list-style-type: none"> B-SCAN der Carotiden (Halsschlagadern) Farbdopplersonografie der Carotiden Supraorbitalgefäße und der Vertebralarterien <p>☐ Versandlabor</p> <ul style="list-style-type: none"> Routine-Labor, Tumormarker, Hormonstatus, Impfstatus, Gentests <p>☐ Vorsorgeuntersuchungen</p> <ul style="list-style-type: none"> Prostata-Vorsorge für den Mann Darmkrebsvorsorge für Mann und Frau Osteoporose-Früherkennung Demenz-Früherkennung | <p>☐ Praxiseigenes Labor</p> <ul style="list-style-type: none"> Notfallbestimmungen von Troponin, Lipase, Amylase, Gerinnung, Zucker, Hb, Leukos, Thrombos; Quick, PTT; Urinstatus, Urinkult Differentialblutbild Stuhluntersuchungen zur Vorsorge, mikroskopische Stuhluntersuchungen (Wurmeier? Parasiten? Pilze?) Blutzucker-Tagesprofil, Blutzuckerbelastungstest H2-Atemtests (Abklärung Blähungen) 13C-Atemtest (Abklärung „Magenbakterien“) <p>☐ Punktionen</p> <ul style="list-style-type: none"> Pleurapunktion, Aszitespunktion, Punktion oberflächennaher Organe, z.B. Schilddrüse <p>☐ Therapie</p> <ul style="list-style-type: none"> alle i.m./s.c./i.v.-Injektionen alle Infusionstherapien, Neuraltherapie, Sauerstofftherapie, Interferontherapie, Chemotherapie |
|--|--|---|

Abb. 2 – Beispielhaftes Praxisleistungsangebot

4 Erfolgsfaktor Privatpraxis

Als Voraussetzungen für den Praxiserfolg sind fachliche Qualifikation verbunden mit hoher persönlicher Einsatzbereit-

schaft und eine möglichst langjährige klinische Erfahrung des Arztes anzusehen. Besonders wichtig ist die Kompetenz des gesamten Praxispersonals und besonders der Arzthelferinnen. Die Arzthelferinnen sollten sich selbstverständlich ebenfalls durch fachliche Qualifikation, Erfahrung und persönliche Zuwendung zum Patienten auszeichnen. Das Verhalten von Arzt und Arzthelferinnen sollte darauf abgestimmt sein, Angst und Sorgen des Patienten zu nehmen.

Entscheidend ist die Bereitschaft, sich auf jeden Patienten individuell einzulassen. So entsteht eine fachliche und persönliche Beziehung und eine tragfähige Basis für eine gemeinsame Kooperation im Sinne seiner Gesundheit. Dies soll ein Fallbeispiel veranschaulichen.

Ein 54-jähriger Patient klagt über Phasen wechselnder intensiver krampfartiger Bauchschmerzen, Blähungen und Stuhlnregelmäßigkeiten. Der Appetit sei normal, das Körpergewicht konstant. Auf Befragen bestünden die Beschwerden seit über 20 Jahren. Laboruntersuchungen, Stuhluntersuchungen, Ultraschalluntersuchungen, eine Darmspiegelung sowie eine Kernspinnuntersuchung des Bauchraums ergaben keine krankhaften Befunde. Im Krankenhaus wurde ihm gesagt, der Darm sei in Ordnung, vom Hausarzt wurde ihm gesagt, er hätte einen »Reizdarm«. Eine Behandlung wurde nicht durchgeführt. Der Patient ist jedoch einerseits besorgt, eine ernsthafte Erkrankung zu haben, andererseits in Phasen stärkerer Beschwerdesymptomatik deutlich beeinträchtigt. Differentialdiagnostisch muss noch eine Laktose- und ggf. Fruktose-Intoleranz ausgeschlossen werden, die häufig o.g. Beschwerden auslöst. Dies kann leicht mittels eines H2-Atemtest geschehen. Fällt dieser negativ aus, ist zweifelsfrei die Diagnose Reizdarmsyndrom richtig gestellt. Es wurden dem Patienten jedoch weder die Pathophysiologie der Erkrankung noch Behandlungsmöglichkeiten dargelegt. Nur in Stichworten kann hier das Behandlungskonzept wiedergegeben werden, das häufig offensichtlich aus Zeitmangel vernachlässigt wird: Zuwendung des behandelnden Arztes, Akzeptanz des Patienten in seiner Krankheitsschilderung und Krankheitswahrnehmung, Erläuterung der

psycho-vegetativen Regulation der Darmperistaltik, Erläuterung der hieraus resultierenden Motilitätsstörungen des Darmes sowie Ableitung daraus resultierender Therapiekonzepte über Ernährungsberatung, Lebensführung, Sport, bis hin zu medikamentösen Therapiemaßnahmen mit entblähend wirkenden Substanzen auf chemisch-physikalischer Basis oder aus pflanzlicher Herkunft, spannungslösenden Medikamenten, Schmerzmitteln, stuhlbindenden Substanzen und ggf. Einsatz der bei diesem Krankheitsbild segensreich wirkenden Antidepressiva in niedriger Dosierung. Ferner bedarf der Patient einer weiteren ärztlichen Betreuung und Beobachtung sowie regelmäßiger Nachsorge und einer jeweiligen Anpassung der therapeutischen Empfehlung an die aktuelle Symptomatik. Bei diesem zweifelsfrei sehr zeitaufwendigen Vorgehen ist in der Regel eine Besserung des Beschwerdebildes, eine deutlich höhere Lebensqualität, vor allem aber ein Rückgang der Sorgen und sekundären Depressivität zu erreichen. Für Patient und Arzt muss aber auch klar sein, dass bei diesem chronischen Krankheitsbild jede wesentliche Änderung der Beschwerdesymptomatik die Indikation für eine nochmalige gründliche Untersuchung bedeutet, um keine Neuerkrankungen zu übersehen. Eine gute Arzt-Patienten-Beziehung bildet somit die Grundlage des Therapieerfolgs. Hier schlägt »die Stunde der Privatpraxis«, die diese therapeutische Zuwendung und Behandlungsintensität ermöglicht.

Für das hier vorgestellte Konzept einer internistischen Praxis ist eine gute technische Ausstattung unabdingbar. Für besonders wichtig halte ich eine schnelle und zuverlässige Diagnostik und Therapie in Notfällen, unterstützt von der im eigenen Labor verfügbaren Sofortdiagnostik.

Für die Standortwahl gelten sicherlich die üblichen Kriterien (Parkmöglichkeiten, Erreichbarkeit durch öffentliche Verkehrsmittel), aber es sollte natürlich der Ort auch so gewählt werden, dass am Ort die entsprechende Klientel wohnt und/oder arbeitet. Die Atmosphäre der Praxis sollte durch Ruhe und Diskretion geprägt sein, die räumliche Einrichtung sollte dies ebenfalls widerspiegeln. Kunst an den Wänden unterstützt dies sicher eher als aggressive medizinische Aufklä-

rungsplakate. Es ist in der heutigen wirtschaftlichen Situation sicher zu empfehlen, die Liquidation mit Augenmaß zu erstellen, beispielsweise auf Abdingungen oder ähnliches zu verzichten und niedrigere GOÄ-Tarife wie bei Post- und Bahnbeamten sowie in Einzelfällen den Seniorentarif zu akzeptieren.

5 Rat zum KV-Ausstieg?

Es ist zu fragen: »Was gewinne ich?« und »Was verliere ich?«. Ich gewinne sicherlich Zeit, mehr berufliche Zufriedenheit und Freiheit. Die gewonnene Zeit wird »investiert« in die Beratungsqualität. Zufriedene Patienten bringen neue Patienten, ein neues Praxiskonzept/Privatpraxiskonzept spricht sich herum. Gefordert sind jedoch ein intensiver persönlicher Einsatz und die Bereitschaft, vor allem am Anfang ein höheres wirtschaftliches und unternehmerisches Risiko einzugehen.

Zweifelsohne ist auch eine nüchterne Wirtschaftlichkeitsanalyse erforderlich: Wie hoch ist der bisherige Privatanteil? Wie sind die örtlichen Möglichkeiten, diesen auszubauen? Die meisten Empfehlungen von Wirtschaftsberatern gehen davon aus, dass der Privatanteil mindestens 20 Prozent – 25 Prozent auch bisher schon betragen haben sollte, um ein ausreichendes wirtschaftliches Standbein zu haben.

6 Verschiedene Modelle einer Privatpraxis

So verschieden die Persönlichkeit des Arztes und seiner Ausbildung ist, so verschieden kann das Modell einer Privatpraxis sein. Vorstellbar und sicherlich wirtschaftlich ist eine reine »Zuhör- und Zuwendungs-« Praxis. Hier wird der Schwerpunkt auf die Beratungstätigkeit gesetzt, Vorteil sind sehr geringe Kosten. Es gibt die Möglichkeit, eine »Nischenpraxis« zu gründen, in der besondere Schwerpunkte wie zum Beispiel Akupunktur und Naturheilkunde angeboten werden und es gibt die Möglichkeit der »Spezialistenpraxis« auf verschiedenen Fachgebieten wie der Inneren Medizin, der Radiologie sowie der operativen Medizin, wie es auch in verschiedenen Privatkliniken angeboten wird.

7 Fazit

In einem Gesundheitswesen, in dem einerseits Zeitmangel herrscht, andererseits die Gerätemedizin überhand zu nehmen droht, steigt meiner Meinung nach der Bedarf nach qualifizierter Beratung und individuell abgestimmten Therapiekonzepten. Voraussetzung ist jedoch auch, dass hierfür genügend Zeit zur Verfügung steht, wie es in einer Privatpraxis in besondere Weise angeboten werden kann. Wer sich als Arzt so seinen Patienten widmet, schafft langfristige Patientenbindungen und dankbare Patienten; für ihn selbst bleiben Erfolg und berufliche Zufriedenheit.

Vorteil Privatmedizin

Für den Arzt	Für den Patienten
mehr unternehmerische Freiheit	viel mehr Zeit
mehr Investitionsmöglichkeiten in neue Techniken / moderne Geräte	intensivere Zuwendung durch Arzt und Arzthelferinnen
mehr therapeutischer Spielraum	modernere Technik
mehr Markt transparenz	uneingeschränkte Therapieoptionen
weniger Staat und Regulierung	Besserer, schnellerer Service
weniger Verwaltungsarbeit	Zusatztherapien , wo indiziert: Orthomolekulare Medizin, Immuntherapie, Vitamintherapie, Sauerstofftherapie, gezielte Substitutionstherapie bei Mangelzuständen
weniger unbezahlte Arbeit	
höhere Arbeits zufriedenheit	

Abb. 4 – Vorteil Privatmedizin

Literaturhinweise:

Durchblick beim KV-Ausstieg. Was Ärztinnen und Ärzte wissen müssen, die ihre Zulassung zurückgeben wollen. W. Baumgärtner et. al., Reed Business Information GmbH, ÄP-Ratgeber, München 2006.

Staatsmedizin auf dem Prüfstand der Verfassung. Zur aktuellen Reformgesetzgebung im Gesundheitswesen. H. Sodan, Quintessenz-Verlag, Berlin 2006.

| 3

Die Patientenperspektive

| 3.1

Was bedeutet die Zulassungsrückgabe für den einzelnen Patienten?

Otto Kutzschbach

Mit steter Regelmäßigkeit wird die Bevölkerung der Bundesrepublik von so genannten Gesundheitsreformen heimgesucht. Das Ziel besteht vordergründig immer darin, die Kosten zu senken, den Wettbewerb zu fördern und das Gesundheitswesen effektiver zu gestalten. Tatsächlich wird jedoch im Wesentlichen versucht, höhere Einnahmen zu erzielen und gleichzeitig Kosten durch Senkung der Leistungsentgelte und Reduzierung des Leistungskatalogs zu sparen.

Bisher wurde jedoch keines dieser Ziele erreicht. Keine der bisherigen Gesundheitsreformen hat für die schwächsten der am Gesundheitswesen beteiligten Gruppen, der Patienten als Zahler und der Ärzte, spürbare Verbesserungen gebracht. Im Gegenteil: den Patienten wurde nicht nur durch Beitragserhöhungen, sondern auch durch vermehrte Zuzahlungen die »Gesundung« der GKV auferlegt und den Ärzten nicht nur durch zusätzliche bürokratische Auflagen viel ihrer eigentlichen Arbeitszeit genommen und damit das Nettoeinkommen beständig gekürzt.

Selten war die Pharmaindustrie durch Regulierungen negativ oder gar schmerzhaft wie Patient und Arzt betroffen. Der informierte Patient fragt sich, weshalb es den Arzneimittelherzeugern gelingt, in der Bundesrepublik mit die höchsten Preise für ihre Produkte im gesamten europäischen Umland zu erhalten. Anderen Ländern gelingt es ohne großen Aufwand, Preisgrenzen nach oben festzulegen.

Auch die Kassen wurden bisher nicht entsprechend vorhandener Möglichkeiten zur Kostenreduzierung aufgefordert. Wettbewerb ist sinnvoll, wenn denn wirkliche Vorzüge gegenüber einem Mitbewerber angepriesen werden können. Doch müssen die Kassen dafür von den ach so knappen zur Verfü-

gung stehenden Mitteln (Versichertenbeiträge!) Hochglanzbroschüren erstellen lassen? Informationsblätter, in denen Leistungen angeboten werden, die bei Bedarf dann doch nicht bezahlt werden. Obwohl das zurzeit in Arbeit befindliche Reformwerk noch nicht in »trockenen Tüchern« ist, beginnen die GKV bereits die Runde der Beitragserhöhungen für das Jahr 2007 mit Begründungen, die vom Gesundheitsministerium als nicht haltbar zurück gewiesen werden.

Hier sei die Frage erlaubt, ob wir wirklich mehr als 250 gesetzliche Krankenversicherungen benötigen und uns diese auch leisten können.

Kann im Gesundheitswesen nicht erheblich durch die Einführung des reduzierten Mehrwertsteuersatzes bei der Abgabe von Medikamenten gespart werden? Stattdessen ist geplant, den Pflichtbeitrag um 0,5 Prozent zu erhöhen, damit die höhere Mehrwertsteuer ab 01.01.2007 auch im Gesundheitswesen von den GKV/Versicherten gezahlt werden kann.

Im Jahre 2004 wurden für Medikamente rd. 36,123 Mrd. Euro ausgegeben. Dieser Betrag beinhaltet bei dem vollen Mehrwertsteuersatz (16 Prozent) ca. 4,98 Mrd. Euro Umsatzsteuer. Würde hier wie z. B. bei Lebensmitteln, Zuchtpferden oder Presseartikeln der reduzierte MwSt-Satz (7 Prozent) angewendet, könnten mehr als 3,7 Mrd. Euro gespart werden.

Gesundheit ist ein Allgemeingut, und die Kosten dafür sollten von allen getragen werden und nicht nur von denjenigen, die mit ihrer Krankheit schon ausreichend belastet sind und lieber gesund wären. Entspricht es dem Solidarprinzip, dass nur die Patientinnen und Patienten in dieser Form und noch dazu in dieser Höhe zur Sanierung des Bundeshaushaltes herangezogen werden?

Der Patient erkennt wohl die Problematik, die langjährige hohe Arbeitslosigkeit durch verminderte Beitragseinnahmen verursacht, auch die höheren Kosten, die durch immer höheres Lebensalter entstehen. Dass Fortschritt in der Medizin nicht zum Nulltarif zu haben ist, wird vom Beitragszahler akzeptiert. Aber dass Kassenmitglieder, die einen Arbeitsplatz haben, höhere Beiträge in das GK-System einzahlen als der

Staat für Arbeitslose oder gar Hartz-IV-Empfänger ist nicht ohne weiteres zu verstehen.

Der Bundesbürger, der wegen Krankheit, Vorsorge oder Nachbehandlung das Gesundheitssystem in Anspruch nehmen muss, der Patient, wird, wie geschildert, ausreichend durch die »Reformen« finanziell belastet. Obwohl er seinen GKV-Beitrag als Arbeitnehmer oder Rentner und indirekt als ALG I oder II Empfänger geleistet hat, wird er weiterhin durch Praxisgebühr und diverse Zuzahlungen zur Kasse gebeten. Da viele Patienten, z. B. chronisch Kranke, Rentner oder ALG I/II Empfänger, gar nicht in der Lage sind, die erforderlichen Beiträge zu bezahlen, besteht die Gefahr, dass notwendige ärztliche Untersuchungen unterbleiben. Womit bereits die gesundheitliche Zweiklassengesellschaft realisiert wäre.

Auch die niedergelassenen Ärzte betrachten den Patienten mit ihren individuellen Gesundheitsleistungen »IGeL«, in jeder Praxis zu einem anderen Preis zu haben und sofort zu bezahlen, als Selbstbedienungsladen. Denn viele dieser Angebote werden dem Patienten mit einer Dringlichkeit angeboten, die nicht erforderlich ist. Denn besteht aus medizinischer Sicht eine absolute Notwendigkeit zur Durchführung der Untersuchung, wird diese Leistung auch von der Kasse bezahlt.

Der Patient hat sehr wohl Verständnis dafür, dass ein Arzt neben den Betriebskosten für die Praxis auch Einnahmen für den eigenen Lebensunterhalt erwirtschaften muss, aber er fragt sich, weshalb denn alles auf seinem Rücken ausgetragen wird. Finden die Vertretungen der niedergelassenen Ärzte, deren Fachverbände und die Ärzte selber keine anderen Möglichkeiten, ihre sicherlich berechtigten Forderungen durchzusetzen?

Praxisschließungen wegen Teilnahme an Demonstrationen; keine Verschreibung von notwendigen Medikamenten für chronisch Kranke wegen Budgetüberschreitung, obwohl chronisch Kranke auf Antrag aus dem Budget genommen werden können, Sprechzeitenkürzungen wegen Überschreitung des Budgets – dies sind nach unserer Ansicht nicht die geeigneten

Mittel, um dem Staat und der Bevölkerung die »Macht« oder Ohnmacht der Ärzteschaft zu demonstrieren.

Der Patient denkt mit Grausen an die auf ihn zukommenden zusätzlichen Belastungen, wenn die niedergelassenen Ärzte, wie medienwirksam angedacht, kollektiv ihre Zulassung zurückgeben sollten. Wenn die niedergelassenen Ärzte der Ansicht sind, nach Rückgabe ihrer KV-Zulassung wirtschaftlich besser über die Runden zu kommen, wird der Patient wenig dagegen tun können. Doch haben die Ärzte sich ausreichend über die Folgen für sich und vor allem für die Patienten Gedanken gemacht? Der Patient, auch hier schwächstes Glied in der Kette, wird wieder gebeutelt. Wenn der Staat den Patienten schon als Melkkuh der Nation benutzt, müssen die Ärzte dann aus dem Patienten auch noch ein Versuchskaninchen machen?

Uns ist bekannt, dass im Falle eines kollektiven Systemausstiegs die Sicherstellung der Patientenversorgung von den Kassenzulassungsgesellschaften auf die gesetzlichen Krankenkassen übergeht. Die Ärzte haben in diesem Fall mit den GKV direkt, nach gesetzlicher Regelung mit dem einfachen Satz der GOÄ, abzurechnen. Und hier beginnt für den Patienten das undurchschaubare Rätselraten, wie soll und wird dann alles weitergehen?

Der Arzt jedoch, der keine Kassenzulassung hat, darf Patienten nur noch als Selbstzahler behandeln, obwohl er, wie bereits erläutert, die Abrechnung mit der Kasse selber durchführen hat. Wie verhält sich der Patient, wenn der Arzt diese Regelung umgeht und dem Patienten die Rechnung zustellen lässt? Hat der Patient die Möglichkeit, die Richtigkeit der verschiedenen Positionen und den daraus resultierenden Preis zu überprüfen?

Der Arzt hat jedoch auch die Möglichkeit, mit einer oder mehreren Krankenkassen (maximal mehr als 250!) gesonderte Einzelverträge auszuhandeln – ein Möglichkeit, die für alle GKV einen erheblichen Aufwand bedeutet und deswegen wohl keine sonderlich große Realisierungswahrscheinlichkeit hat. Sollte ein Arzt Einzelverträge aushandeln, muss er allerdings

seine Patienten wissen lassen, wen er als Kassenpatienten behandeln darf und wen er als Privatpatient behandeln muss.

Doch die Problematik geht weiter:

- ▶ Wie kommt der Patient zu seinen notwendigen Medikamenten? Muss er den Betrag in der Apotheke verauslagen und sich dann um Erstattung an seine Kasse wenden?
- ▶ Wie erfolgt ein Facharztbesuch? Als Kassenpatient nur per Überweisung. Aber jetzt? Gibt es noch die Notwendigkeit der »Überweisung« oder wendet sich der Pflichtversicherte direkt an den Facharzt? Und rechnet der Facharzt auch hier direkt mit der Kasse ab?
- ▶ Wie erfolgen Laboruntersuchungen? Wie werden Blutuntersuchungen im Labor, radiologische Untersuchungen in Facharztpraxen und anderes abgerechnet? Oder muss der Kassenpatient auch hier in Vorleistung gehen?
- ▶ Bei (privat-)Verordnung einer Physiotherapie sollte der Patient den Therapeuten auf seine Eigenschaft als Pflichtversicherter aufmerksam machen, um die Abrechnung nach Kassensätzen zu vereinbaren.
- ▶ Immer, wenn der Patient in Vorleistung treten muss, benötigt er eine Rechnung, die Verordnung oder das Originalrezept, um die verauslagten Beträge von seiner Krankenkasse erstattet zu bekommen – hoffentlich in gleicher Höhe.

Fazit

Die Bundesrepublik leistet sich eines der teuersten Gesundheitssysteme der Welt. Warum ist das so?

- ▶ Mehr als 250 gesetzliche Krankenkassen, jede mit einem eigenen Vorstand, Aufsichtsrat und im Wettbewerb – schöner, größer, moderner – errichtete Verwaltungsgebäude.
- ▶ Jeder Pflichtversicherte hat Anspruch auf Heilbehandlung – auch wenn der Anlass mit Solidarität nicht abgedeckt werden kann. Viele Behandlungen sind erforderlich, weil übertriebene Risikobereitschaft zu Schäden führt, die durch Zusatzversicherungen abgedeckt werden müssten.

- ▶ Mögliche Schritte zur Kosteneinsparung werden nicht genutzt. Siehe z. B. ermäßigter Mehrwertsteuersatz auf Medikamente.
- ▶ Häufig werden Mehrfachuntersuchungen durchgeführt, da Untersuchungsergebnisse nicht an einer zentralen Stelle – z. B. Hausarzt – zusammenlaufen.

Auf Grund vorgenannter Fakten reichen die von den Versicherten gezahlten Beiträge und Zuzahlungen sowie die vom Staat zur Verfügung gestellten Zuschüsse nicht aus, um das System zu finanzieren. Allein mit Beitragserhöhungen oder erhöhten Zuzahlungen wird es auch nicht bezahlbarer. Eine Gesundheitsreform muss also nicht die Symptome behandeln, sondern das ganze System verändern – und das nach guter handwerklicher Manier.

Pluralismus ist eine der tragenden Säulen unserer Demokratie – aber mehr als 250 gesetzliche Krankenkassen, auch wenn viele auf historische Wurzeln zurückblicken, scheinen uns doch ein wenig übertrieben. Wir sehen hier ein gewaltiges Einsparpotenzial zugunsten der Beitragsstabilität.

Obwohl sportliche Betätigung wünschenswert ist und der allgemeinen Gesundheit gut tut, ergibt sich die Frage, ob die Solidargemeinschaft für Sportunfälle, gleich welcher Art, aufkommen muss. Jemand, der seinen Sport verantwortungsbeusst vorbereitet und durchführt, wird kaum mit Unfällen auf Grund eigener Nachlässigkeit konfrontiert und damit der Allgemeinheit zur Last fallen.

Der angedachte kollektive Systemausstieg der zugelassenen Ärzte könnte dabei ein wegweisender Schritt sein, wenn denn eine umfangreiche Aufklärung der Patienten vor der Realisierung durchgeführt wird und der Patient nicht mehr als bisher in das Abrechnungsprocedere eingebunden wird. Obwohl die Kassenärzte zurzeit mehr den eigenen Vorteil im Blickpunkt haben, könnte hier der Beginn einer Reform des ganzen Gesundheitswesens liegen. Darüber hinaus sollte dieser Weg nicht gegen sondern im Einvernehmen mit der Bundesregierung gegangen werden. Allerdings stehen noch keine Informa-

tionen über ein mögliches Einsparpotenzial durch den kollektiven Systemausstieg zur Verfügung.

Wie kann sich der pflichtversicherte Kassenpatient im Falle des Systemausstiegs verhalten?

- ▶ Wenn sein Hausarzt sich dem kollektiven Ausstieg anschließt, sollte der Patient um intensive Aufklärung bitten, um zu überdenken, wie er sich verhalten soll.
- ▶ Sollte sein Hausarzt mit der einen oder anderen Kasse einen Einzelvertrag abgeschlossen haben und der Patient ist nicht Mitglied einer dieser Kassen, sollte er, um die genannten Probleme zu umgehen, einen Kassenwechsel in Erwägung ziehen.
- ▶ Hat der Patient die Möglichkeit, eine Krankenhausambulanz aufzusuchen, sollte er hiervon Gebrauch machen – aber da sicherlich viele Patienten diese Lösung anstreben, werden die Ambulanzen dem Ansturm kaum gewachsen sein.

Mit steter Regelmäßigkeit wird die Bevölkerung der Bundesrepublik von so genannten Gesundheitsreformen heimgesucht. Der Patient, als schwächstes Glied im Gesundheitswesen, hat keine Möglichkeit, die Reformen zu verhindern, es sei denn, er nutzt die Möglichkeit, die regelmäßig stattfindenden Bundestagswahlen zur Artikulierung seiner Ansichten auch und gerade in Bezug auf die Modernisierung des Gesundheitswesens zu verwenden.

| 4

Rechtliche Grundlagen und Konsequenzen des kollektiven Systemausstiegs

| 4.1

Juristische Aspekte des kollektiven Systemausstiegs

Peter Scholich

Mit Wirkung zum 01.01.1993 hat der Gesetzgeber in dem fünften Buch des Sozialgesetzbuches gesetzliche Regelungen zu dem kollektiven Verzicht auf die Zulassung zur vertrags(zahn)ärztlichen Versorgung verabschiedet. So wurden durch Artikel 1 des Gesundheitsstrukturgesetzes 1993 vom 21.12.1992 die §§ 72 a und 95 b in das SGB V eingeführt. Diese gesetzlichen Regelungen waren die Reaktion der Politik auf die Drohungen insbesondere der Zahnärzteschaft während des Gesetzgebungsverfahrens, sich kollektiv aus dem System der vertragszahnärztlichen Versorgung zu verabschieden und geschlossen die Zulassung zur vertragszahnärztlichen Versorgung zurückzugeben.

Das »Korbmodell«

Zu Beginn der 90er Jahre wurden innerhalb der Zahnärzteschaft Stimmen laut, sich in Anbetracht der Restriktionen im Bereich der vertragszahnärztlichen Versorgung aus diesem System zu verabschieden. Die Initiative ging aus von dem Freien Verband Deutscher Zahnärzte, der seinerzeit größten standespolitischen Vereinigung der Zahnärzte. Das Verfahren war so angedacht, dass sich auf regionaler Ebene die Zahnärzte treffen sollten, um in einer geschlossenen Aktion ihre schriftlich formulierten Verzichtserklärungen in einen tatsächlich vorhandenen oder einen visuellen Korb zu werfen. Das ganze Verfahren erfolgte unter notarieller Aufsicht mit der Konsequenz, dass der Notar die gemeinsam abgegebenen Verzichtserklärungen in seine Verwahrung nahm. Dort sollten sie bis zu dem gemeinsamen Signal der Abgabe an die jeweils örtlich zuständige Kassenzahnärztliche Vereinigung verbleiben. Letztendlich ist es bislang nicht zu einer solchen

gemeinsamen Abgabe der eingesammelten Verzichtserklärungen gekommen. Dies lag zum einen sicherlich an den eilig verabschiedeten Restriktionen im SGB V. Andererseits war festzustellen, dass es nicht gelang, einen so hohen Solidarisierungseffekt unter der Zahnärzteschaft zu erzielen, dass eine gemeinsame Abgabe der Verzichtserklärungen auch nachhaltig Wirkung für den Bereich der vertragszahnärztlichen Versorgung entfaltet hätte. Aber noch heute wird der eine oder andere Zahnarzt von dem in seiner Region beauftragten Notar gefragt, was denn mit der abgegebenen Verzichtserklärung nunmehr geschehen solle. In der jüngeren Vergangenheit allerdings haben für den Bereich der KZV Niedersachsen die dort im Bereich der vertragszahnärztlichen Versorgung tätigen Kieferorthopäden in einer gemeinsamen Aktion auf ihre Zulassung verzichtet. Aus dieser Zeit stammt deshalb auch die erste Rechtsprechung zu den §§ 72 a und 95 b SGB V.

Kollektiver Verzicht

Der Sachverhalt des kollektiven Verzichtes auf die Zulassung ist nach der Formulierung des Gesetzes dann gegeben, wenn mehrere (Zahn-)Ärzte in einem mit anderen (Zahn-)Ärzten aufeinander abgestimmten Verfahren oder Verhalten auf die Zulassung als Vertrags(zahn-)arzt verzichten. § 95 b Absatz 1 SGB V formuliert sodann, dass ein solches Verhalten mit den Pflichten eines Vertrags(zahn-)arztes nicht vereinbar sei. In der Amtlichen Begründung zu § 95 b SGB V wird dies bzgl. ausgeführt, dass die Vertragsärzte mit einem solchen Massenverzicht nicht ihr individuelles Recht auf Beendigung der Kassenzulassung wahrnehmen würden, sondern bewusst die Funktionsfähigkeit des vertragsärztlichen Versorgungssystems durch Herbeiführung einer Unterversorgung lahm legen wollen, um ihre wirtschaftlichen Interessen durchzusetzen. Dabei liegt die Pflichtwidrigkeit nicht in der Rückgabe der Zulassung. Die Rückgabe der Zulassung zur vertragsärztlichen Versorgung wird sogar gegebenenfalls von der Kassenzahnärztlichen Vereinigung gefördert (siehe § 5 Absatz 3 SGB V). Der Verstoß gegen die Pflichten eines Vertragszahnarztes liegt viel-

mehr in der Vorbereitung und Durchführung einer kollektiven Aktion, die zur Beeinträchtigung des Versorgungssystems führen soll, obwohl die Vertragsärzte ihrerseits durch ihre Zulassung dem System der vertragsärztlichen Versorgung und seiner Funktionsfähigkeit verpflichtet sind. Die üblicherweise mit der Feststellung eines Verstoßes gegen die vertragsärztlichen Pflichten zur Verfügung stehenden Maßnahmen – Beratungsgespräch, Disziplinarverfahren, Verfahren auf Entzug der Zulassung – stehen nicht zur Verfügung, da die jeweilige Kassenärztliche Vereinigung in Anbetracht des Ausscheidens des Arztes aus dem System keine Einflussmöglichkeiten mehr besitzt. Stattdessen sieht das Gesetz Sanktionen und Regelungen vor.

Feststellung der Versorgungsgefährdung

Nach § 72 a SGB V hat die Aufsichtsbehörde zu prüfen, ob die Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung gefährdet ist, wenn mehr als 50 Prozent aller in einem Zulassungsbezirk oder einem regionalen Planungsbereich niedergelassenen Vertragsärzte auf ihre Zulassung nach § 95 b Absatz 1 SGB V verzichten oder die vertragsärztliche Versorgung verweigert haben. Hierzu hat sie die Landesverbände der Krankenkassen, die Verbände der Ersatzkrankenkassen und die jeweils betroffene vertrags(zahn-)ärztliche Vereinigung anzuhören. Allerdings enthält das Gesetz keine Regelungen über den Zeitpunkt, der für die Feststellung eines Verzichtes oder einer Verweigerung von mehr als 50 Prozent der Vertragsärzte eines Planungsbereiches maßgebend sein soll. Erschwerend wirkt, dass ein Zulassungsverzicht nach § 28 Ärzte-ZV bzw. § 28 Zahnärzte-ZV erst mit Ablauf des auf die Verzichtserklärung folgenden Quartals wirksam wird. Mithin sind die Zahlen bedingt auch durch Neuzulassungen immer einer Schwankung unterworfen, sodass es schwierig sein dürfte, den konkreten Zeitpunkt festzusetzen, mit dem die Versorgung der Versicherten in dem System der vertragsärztlichen Versorgung gefährdet ist. Dabei darf auch nicht unbeachtet bleiben, dass es in dem gleichen Zeitraum auch rechtmäßige Einzelverzichte auf die Zulassung

zur vertragsärztlichen Versorgung geben kann. Zur Verifizierung des Sachverhaltes sollen deshalb gerade die gesetzlich vorgeschriebenen Anhörungen der Krankenkassen und Kassenärztlichen Vereinigungen dienen. Letztlich sind aber mit der Feststellung der Aufsichtsbehörde, dass die Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung gefährdet ist, erhebliche Rechtsfolgen verbunden, sodass hier größte Sorgfalt gefordert ist.

Sperrfrist

Verzichten Vertragsärzte in einem mit anderen Vertragsärzten aufeinander abgestimmten Verfahren oder Verhalten auf ihre Zulassung als Vertragsarzt und kommt es aus diesem Grund zur Feststellung der Aufsichtsbehörde nach § 72 a Absatz 1 SGB V, kann gemäß § 95 b Absatz 2 SGB V eine erneute Zulassung frühestens nach Ablauf von sechs Jahren nach Abgabe der Verzichtserklärung erteilt werden. Im Rahmen einer Ermessensentscheidung kann der Zeitraum von sechs Jahren nicht unterschritten werden, jedoch auch eine längere Sperrfrist verhängt werden. Diese lange Sperrfrist von mindestens sechs Jahren ist rechtlich nicht unbedenklich. Verliert nämlich ein Vertragsarzt aufgrund eines gröblichen Pflichtenverstoßes seine Zulassung zur vertragsärztlichen Versorgung, so ist nach der ständigen Rechtsprechung des Bundessozialgerichtes nach spätestens fünf Jahren das Vertrauen zu den Krankenkassen insoweit wieder hergestellt, dass dem Vertragsarzt neuerlich die Zulassung erteilt werden kann. Somit ist die Sperrfrist zur Wiedererteilung der Zulassung zur vertragsärztlichen Versorgung bei einem Vertragsarzt länger, der sich im Zuge eines kollektiven Verzichtes aus dem System zurückzieht als bei einem Vertragsarzt, der beispielsweise durch einen massiven Abrechnungsbetrug zu Lasten der Kostenträger und seiner Kollegen die Zulassung zur vertragsärztlichen Versorgung verliert. In der Gesetzesbegründung zu § 95 b Absatz 2 SGB V ist zu lesen, dass das mindestens für sechs Jahre nach Abgabe der Verzichtserklärung bestehende Zulassungsverbot disziplinarischen Charakter haben soll. Die Illoyalität des Arztes gegenüber

ber dem vertragsärztlichen Versorgungssystem rechtfertigt es, ihn beim Wort zu nehmen.

Übergang des Sicherstellungsauftrages

Haben mehr als 50 Prozent aller in einem Zulassungsbezirk oder einem regionalen Planungsbereich niedergelassenen Vertragsärzte auf ihre Zulassung nach § 95 b Absatz 1 SGB V verzichtet oder die vertragsärztliche Versorgung verweigert und hat die Aufsichtsbehörde nach Anhörung der Landesverbände der Krankenkassen und der Kassenärztlichen Vereinigung festgestellt, dass dadurch die vertragsärztliche Versorgung nicht mehr sichergestellt ist, erfüllen gemäß § 72 a Absatz 1 SGB V insoweit die Krankenkassen und ihre Verbände den Sicherstellungsauftrag. Damit wandelt sich der gesetzliche Auftrag der Kassenärztlichen Vereinigung, die nach § 75 Absatz 1 SGB V gegenüber den Krankenkassen die Gewähr dafür zu übernehmen hat, dass die vertragsärztliche Versorgung den gesetzlichen und vertraglichen Erfordernissen entspricht. Jedoch sollen die Kassenärztlichen Vereinigungen gemäß § 72 a Absatz 2 SGB V an der Erfüllung des Sicherstellungsauftrages mitwirken. Die Mitwirkung erstreckt sich auf die weiterhin zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen oder ermächtigten Ärzte bzw. ermächtigten ärztlich geleiteten Einrichtungen. Im Zuge ihres Sicherstellungsauftrages haben nunmehr die Krankenkassen die Kompetenz, Einzel- und Gruppenverträge mit Ärzten, Zahnärzten, Krankenhäusern und sonstigen geeigneten Einrichtungen abzuschließen. Der Abschluss von Einzel- und Gruppenverträgen kann aber nur für solche Ärzte und Einrichtungen gelten, die bislang nicht in das System der vertragsärztlichen Versorgung involviert waren (rein privatärztlich tätige Ärzte oder private Einrichtungen). Denn der Abschluss von Verträgen mit Ärzten und Zahnärzten, die im Wege eines kollektiven Verzichtes ihre Zulassung zur vertragsärztlichen Versorgung zurückgegeben haben, ist gemäß § 72 a Absatz 3 SGB V unzulässig. Daneben ist es den Kostenträgern auch erlaubt, Eigeneinrichtungen zu errichten und diese zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung tätig werden zu lassen.

Vor dem Hintergrund des in dem Gesetz verankerten Übergangs des Sicherstellungsauftrages von den kassenärztlichen Vereinigungen auf die Kostenträger haben sich in der jüngeren Vergangenheit bereits eine Vielzahl von Ärzteverbänden und Genossenschaften gebildet. Dabei spielte auch eine Rolle, dass der Gesetzgeber in der Vergangenheit wiederholt im Rahmen seiner Reformbestrebungen zum Ausdruck gebracht hat, grundsätzlich unabhängig von dem Tatbestand eines kollektiven Verzichtes den Krankenkassen den Sicherstellungsauftrag für das Funktionieren der vertragsärztlichen Versorgung zu übertragen. Die Gründung dieser Ärztegemeinschaften soll dann gewährleisten, den Kostenträgern starke Verhandlungspartner gegenüberzustellen. Bei dieser Konstellation fühlt man sich an die Gründungszeiten der berufsständisch organisierten Privatärztlichen Verrechnungsstellen erinnert. Diese sind sukzessive Mitte der zwanziger Jahre gegründet worden, und zwar nicht in erster Linie mit dem Zweck, die Ärzte von administrativen Arbeiten in der Praxis zu entlasten, sondern vielmehr in dem Bewusstsein, in Anbetracht des Fehlens kassenärztlicher Vereinigungen mit dem Zusammenschluss eine geschlossene Gruppe als Verhandlungspartner darzustellen. Es ist nicht ausgeschlossen, dass die Privatärztlichen Verrechnungsstellen mit heute ca. 38.000 Mitgliedsärzten erneut in dieser Rolle gefordert sein werden.

Soweit die Krankenkassen mit Ärzten, Zahnärzten, Krankenhäusern oder sonstigen geeigneten Einrichtungen Verträge abschließen, dürfen diese Einzel- und Gruppenverträge gemäß § 72 a Absatz 4 SGB V sogar einen unterschiedlichen Inhalt haben. Die Vergütung soll Inhalt, Umfang und Schwierigkeit der zugesagten Leistung und erweiterte Gewährleistungen oder eingeräumte Garantien oder vereinbarte Verfahren zur Qualitätssicherung berücksichtigen. Als besonderen Anreiz für einen schnellen Abschluss solcher Verträge dürfen mit (Zahn-)Ärzten, die schnell einen solchen Vertragsabschluss anstreben, höhere Vergütungen vereinbart werden als mit später abschließenden (Zahn-)Ärzten. Einzel- und Gruppenverträge dürfen von den einzelnen Krankenkassen aber nicht mit

unterschiedlichem Inhalt abgeschlossen werden. § 72 a Absatz 3 Satz 1 SGB V fordert vielmehr, dass die Kostenträger Einzel- und Gruppenverträge zur Erfüllung des Sicherstellungsauftrages nur gemeinsam und einheitlich abschließen dürfen. Sie müssen sich daher auf den Abschluss entsprechender Verträge und deren Inhalt im Einzelfall verständigen. Mithin dürfen auch krankenkasseneigene Einrichtungen keinen Sonderstatus genießen.

Vergütungsverhältnis bei kollektivem Verzicht

Nimmt ein gesetzlich versicherter Patient einen Arzt oder Zahnarzt in Anspruch, der auf seine Zulassung im Rahmen eines abgestimmten Verfahrens verzichtet hat, zahlt die Krankenkasse gemäß § 95 b Absatz 3 SGB V die Vergütung mit befreiender Wirkung an den Arzt oder Zahnarzt. Dabei beschränkt der Gesetzgeber den Vergütungsanspruch gegen die Krankenkasse auf das 1,0-fache des Gebührensatzes der Gebührenordnung für Ärzte oder der Gebührenordnung für Zahnärzte. Ein Vergütungsanspruch des Arztes oder Zahnarztes gegen den Versicherten wird ausdrücklich ausgeschlossen und abweichende Vereinbarungen werden für nichtig erklärt. Die gesamte Regelung des § 95 b Absatz 3 SGB V erscheint systemfremd. Denn der Gesetzgeber geht in der Begründung zu Absatz 3 davon aus, dass der gesetzlich versicherte Patient den Arzt nach wie vor im System der GKV in Anspruch nehmen kann. Andererseits bestimmt § 76 Absatz 1 SGB V, dass die freie Arztwahl des Patienten nur unter den Ärzten gegeben ist, die die Zulassung zur vertragsärztlichen Versorgung besitzen. Ergänzend ist hierzu § 13 Absatz 2 SGB V zu sehen, wonach die Kostenerstattung durch die Krankenkassen grundsätzlich nur bei Inanspruchnahme von Vertragsärzten zulässig ist. In Anbetracht der beiden letztgenannten Regelungen dürfte der gesetzlich versicherte Patient gar keinen Arzt in Anspruch nehmen, der kollektiv auf die Zulassung verzichtet hat und die Krankenkasse wäre vor dem Hintergrund von § 13 Absatz 2 SGB V gehindert, auch eine auf das 1,0-fache des Gebührensatzes beschränkte Vergütung zu zahlen. Des-

halb stellt sich an dieser Stelle auch die Frage nach dem Rechtsverhältnis zwischen einem Arzt, der in einem abgestimmten Verfahren nach § 95 b Absatz 1 SGB V auf seine Zulassung verzichtet hat und dem gesetzlich versicherten Patienten, der nach der Feststellung der Aufsichtsbehörde im Sinne von § 72 a Absatz 1 SGB V diesen Arzt zwecks Behandlung aufsucht. Erste Rechtsprechung zu der Frage gibt es durch das Landessozialgericht für das Land Niedersachsen. Dieses hat sich als erstes Gericht nach dem kollektiven Verzicht von Kieferorthopäden für den Bereich der KZV Niedersachsen mit dem Spannungsverhältnis zwischen § 95 b Absatz 3 SGB V und § 13 Absatz 3 SGB V auseinandergesetzt. In seinem Urteil vom 13.09.2006 (Az. L3KA 90/05) bewertet das Landessozialgericht dieses Rechtsverhältnis als ein Rechtsverhältnis »sui generis«. Bei der Inanspruchnahme nach § 95 b Absatz 3 SGB V handele es sich um ein selbstständiges Rechtsverhältnis, welches einerseits im Interesse des Versicherten Rechnung tragen müsse, im Falle einer Unterversorgung rechtzeitig durch eine Sachleistung seiner Krankenkasse behandelt zu werden, andererseits aber auch den geringst möglichen Eingriff in die Berufsausübungsfreiheit des (Zahn-)Arztes beinhalte, der darin liege, einen Patienten zu ungünstigen Konditionen vorübergehend behandeln zu müssen. Eine detaillierte und auch kritische Auseinandersetzung mit der Rechtsprechung des Landessozialgerichtes für das Land Niedersachsen findet sich an anderer Stelle dieses Buches. Man darf gespannt sein, wie sich in dieser Frage das Bundessozialgericht äußern wird. Dabei dürften nicht zuletzt auch verfassungsrechtliche Fragen eine Rolle spielen. Ein Arzt, der im Wege eines kollektiven Verzichtes seine Zulassung zur vertragsärztlichen Versorgung zurückgegeben hat, ist aus dem System der vertragsärztlichen Versorgung definitiv ausgeschieden. Er wird dafür qua Gesetz als Disziplinarmaßnahme mit einer Sperrfrist von mindestens sechs Jahren für eine Wiederzulassung belegt. Gleichwohl soll er nach dem Willen des Gesetzgebers innerhalb der Sperrfrist an vertragsärztliche Bestimmungen gebunden sein. Es ist aber nicht einzusehen, weshalb der Vergütungsanspruch des Arztes auch

dann einzuschränken ist, wenn sich der gesetzlich versicherte Patient ohne Vorlage der Krankenversicherungskarte in die Behandlung des Arztes als Privatpatient begibt.

| 4.2 Die Rechtsprechung des Landessozialgerichts Niedersachsen-Bremen zum kollektiven Zulassungsverzicht (§ 95b SGB V)

Frank Schramm

Im Frühjahr 2004 verzichteten in Niedersachsen 44 Kieferorthopäden auf ihre Zulassung bzw. Ermächtigung zur vertragsärztlichen Versorgung. Durch Bescheid vom 03.06.2004 stellte das Niedersächsische Sozialministerium gemäß § 72a Abs. 1 SGB V fest, dass es sich bei den abgegebenen Verzichtserklärungen um kollektiven Zulassungsverzicht nach § 95b Abs. 1 SGB V gehandelt habe und in drei Landkreisen in Niedersachsen die vertragsärztliche Versorgung nicht mehr sichergestellt sei. Aufgrund dieser Vorgänge kamen damit erstmalig die durch das Gesundheitsstrukturgesetz (GSG) 1993 vom 21.12.1992 eingeführten Regelungen der §§ 95b und 72a SGB V in der Rechtsprechung zur Anwendung.

§ 95b Abs. 1 SGB V stellt klar, dass es mit den Pflichten eines Vertragsarztes nicht vereinbar ist, in einem mit anderen Ärzten aufeinander abgestimmten Verfahren oder Verhalten auf die Zulassung als Vertragsarzt zu verzichten. Bei einem Verstoß sieht § 95b SGB V zwei Sanktionen vor, und zwar eine zulassungsrechtliche und eine vergütungsrechtliche Sanktion.

Die zulassungsrechtliche Sanktion ist in § 95b Abs. 2 SGB V enthalten. Danach erhalten Vertragsärzte, die kollektiv auf ihre Zulassung verzichtet haben, vor Ablauf von sechs Jahren nach Abgabe der Verzichtserklärung keine erneute Zulassung zur vertragsärztlichen Versorgung, wenn die Aufsichtsbehörde aufgrund kollektiven Zulassungsverzichts die Feststellung nach § 72a Abs. 1 SGB V getroffen hat. Diese Feststellung betrifft gemäß § 72a Abs. 1 SGB V den Fall, dass mehr als 50 v. H. aller in einem Zulassungsbezirk oder einem regionalen Planungsbereich niedergelassene Vertragsärzte auf ihre Zulassung nach § 95b Abs. 1 SGB V verzichtet oder die vertragsärztliche Versor-

gung verweigert haben und dadurch die vertragsärztliche Versorgung nicht mehr sichergestellt ist, so dass ab Feststellung die Krankenkassen und ihre Verbände den Sicherstellungsauftrag erfüllen.

Die vergütungsrechtliche Sanktion des kollektiven Zulassungsverzichts normiert § 95b Abs. 3 SGB V. Nimmt danach ein Versicherter einen Arzt oder Zahnarzt in Anspruch, der auf seine Zulassung kollektiv nach Abs. 1 verzichtet hat, zahlt die Krankenkasse die Vergütung mit befreiender Wirkung an den Arzt oder Zahnarzt. Der Vergütungsanspruch, der nur gegen die Krankenkasse besteht, ist auf das 1,0-fache des Gebührensatzes der GOÄ/GOZ beschränkt. Ein gesonderter Vergütungsanspruch des Arztes oder Zahnarztes gegen den Versicherten besteht nicht, abweichende Vereinbarungen zwischen Arzt/Zahnarzt und Versichertem hiervon sind nichtig.

Nach Erlass des Bescheides des Niedersächsischen Sozialministeriums vom 03.06.2004 gemäß § 72a Abs. 1 SGB V vertraten die Krankenkassen in Niedersachsen die Auffassung, ein Vergütungsanspruch der Kieferorthopäden, für die der kollektive Verzicht festgestellt worden war, bestünde nur in den Fällen, in denen die Behandlung vor Wirksamwerden des Zulassungsverzichts begonnen worden sei (sog. Altfälle). Die Genehmigung von kieferorthopädischen Behandlungsplänen von Versicherten, die neu eine kieferorthopädische Behandlung bei einem auf seine Zulassung verzichtenden Kieferorthopäden begannen, wurde abgelehnt. Derartige Behandlungen wurden auch nicht nach dem 1,0-fachen des Gebührensatzes GOZ bezahlt. Dies führte zu einer Vielzahl von gerichtlichen Auseinandersetzungen, in denen sich die Sozialgerichte in Niedersachsen mit § 95b Abs. 3 SGB V auseinandersetzen mussten.

Im Folgenden sollen einzelne Beschlüsse und Urteile des LSG Niedersachsen-Bremen kurz dargestellt und kritisch gewürdigt werden, um anhand dessen Risiken und Chancen eines kollektiven Zulassungsverzichts aufzuzeigen.

1) **Der Beschluss des LSG Niedersachsen-Bremen (3. Senat) vom 05.01.2005, Az. L3 KA 237/04 ER**

In diesem Verfahren wandte sich die Antragstellerin mit einer Unterlassungsklage gegen die Behauptung der Krankenkassen, sie dürfe als Kieferorthopädin, der der kollektive Verzicht vorgeworfen werde, neue Behandlungen zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen nicht beginnen.

Das LSG bestätigte die Auffassung der Kieferorthopädin und hob den erstinstanzlichen Beschluss des SG Hannover (S 31 KA 332/04 ER) auf. Zur Begründung führte das LSG aus, dass der Inhalt der Vorschrift sowohl nach ihrem Wortlaut als auch nach der Gesetzesbegründung eindeutig sei. Die Eindeutigkeit der Rechtslage beziehe sich, so das LSG, auch darauf, dass die Berechtigung kollektiv ausgeschiedener Vertragszahnärzte, weiterhin Versicherte zu Lasten der Krankenkassen zu behandeln, nicht nur für Behandlungen bestehe, die bereits vor Wirksamwerden des Verzichts auf die Zulassung begonnen wurden, sondern auch für neue Behandlungsfälle. Den Grund hierfür sah das LSG vor allem in dem Schutz der Versicherten. Der beklagten Krankenkasse wurde infolge dessen aufgegeben, ihre anderslautende Behauptung zu unterlassen, da hierdurch anderenfalls in das durch Art. 12 Abs. 1 GG geschützte Grundrecht der antragstellenden Kieferorthopädin auf Berufsausübungsfreiheit eingegriffen werde.

Das Verhältnis zwischen Versichertem und Kieferorthopäden bewertete das LSG in diesem Beschluss erstmalig als »Rechtsverhältnis sui generis«. Die Behandlung werde eine Privatbehandlung, bei der der Schuldner des auf den einfachen GOZ-Satz begrenzten Vergütungsanspruchs jedoch die Krankenkasse und nicht der Versicherte sei. Die Vereinbarung außervertraglicher Leistungen, d. h. von Leistungen, die nicht im Leistungskatalog der GKV enthalten seien, sei hierdurch jedoch nicht ausgeschlossen, bleibe zulässig und unterfalle nicht dem Vereinbarungsausschluss des § 95b Abs. 3 Satz 4 SGB V. Diese Vorschrift erfasse nur solche Leistungen, für die dem Versicherten dem Grunde nach ein Leistungsanspruch gegenüber der Krankenkasse zustehe. Nach § 29 SGB V nicht ge-

nehmungsfähige Leistungen müsse der Versicherte weiterhin selbst bezahlen.

Die gegen den unanfechtbaren LSG-Beschluss von den Verbänden der gesetzlichen Krankenkassen in Niedersachsen eingelegte Gegenvorstellung, in der vor allem verfassungsrechtliche Bedenken gegen § 95b Abs. 3 SGB V erhoben wurden und mit einer angeblichen Besserstellung nach Kollektivverzicht im Vergleich zum Verbleib innerhalb des gesetzlichen Krankenversicherungssystems argumentiert wurde, verwarf das LSG mit knappen Sätzen.

2) Der Beschluss des LSG Niedersachsen-Bremen (4. Senat) vom 16.08.2005 (Az. L 4 KR 197/05 ER)

Der 4. Senat des LSG hatte sich im Rahmen eines Patientenantrages, gerichtet auf Übernahme der Behandlung bei einer im Bescheid des Niedersächsischen Sozialministeriums vom 03.06.2004 bezeichneten Kieferorthopädin, mit den Voraussetzungen des § 95b Abs. 3 SGB V auseinanderzusetzen. Dabei schloss sich der 4. Senat der Rechtsprechung des 3. Senates an, konkretisierte diese aber in leistungsrechtlicher Hinsicht. Zunächst bestätigte der 4. Senat, dass der Versicherte einen kollektivverzichtenden Zahnarzt nunmehr im Rahmen seiner privatautonomen Entscheidung in Anspruch nehmen könne, beschränkte den Anspruch des Versicherten aber auf die Übernahme der den Eigenanteil gemäß § 29 Abs. 2 SGB V übersteigenden Kosten.

Daneben betonte der 4. Senat erstmalig, dass es sich bei dem Anspruch des Versicherten nach § 95b Abs. 3 SGB V um einen Sachleistungsanspruch handele. Den auf Kostenerstattung gemäß § 13 Abs. 3 SGB V gestützten Hauptantrag des Antragstellers verwarf das LSG daher, da jegliche Kostenerstattung das Entstehen von Kosten voraussetze, die dem Versicherten bei der Inanspruchnahme eines auf seine Zulassung kollektivverzichtenden Zahnarztes gerade nicht entstehen könnten, weil dieser auf seinen ausschließlichen Vergütungsanspruch in Höhe des einfachen GOZ-Satzes gemäß § 95b Abs. 3 Satz 2 SGB V beschränkt sei.

3) Die Beschlüsse des LSG Niedersachsen-Bremen (3. Senat) vom 12.10.2005 (Az. L 3 KA 109/05 ER und L 3 KA 128/05 ER)

Da sich die Krankenkassen trotz der eindeutigen Entscheidungen des LSG (oben zu Ziff. 1 und 2) und eines androhten Ordnungsgeldes in Höhe von 100.000,00 Euro in der Folgezeit nicht davon abhalten ließen, die Behauptung zu verbreiten, Kieferorthopäden, denen der kollektive Verzicht vorgeworfen werde, dürften neue Behandlungen zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung nicht erbringen, folgten wiederum Unterlassungsklagen einer größeren Gruppe von Kieferorthopäden, die auf ihre Zulassung verzichtet hatten, und zwar zum einen gerichtet gegen eine Pressemitteilung der Verbände der gesetzlichen Krankenversicherungen und zum anderen gerichtet gegen Patienteninformationen einzelner Krankenkassen.

Beginnend mit den nur beispielhaft genannten Beschlüssen vom 12.10.2005 sind mittlerweile alle Klagen zweitinstanzlich vom LSG im Sinne der klagenden Kieferorthopäden entschieden worden.

Hinsichtlich des Unterlassungsanspruchs hat das LSG an seiner Rechtsprechung vom 05.01.2005 festgehalten und den Anträgen der Kieferorthopäden stattgegeben. Das LSG hat in den Entscheidungen dabei wiederholt, dass der Versicherte und der Kieferorthopäde in einem Rechtsverhältnis sui generis stehen mit der Konsequenz, dass der Versicherte den durch kollektiven Verzicht aus dem gesetzlichen Krankenversicherungssystem ausgeschiedenen Kieferorthopäden als Behandler wählen könne.

In diesem Zusammenhang positionierte sich der 3. Senat des LSG zu der Systematik von § 95b Abs. 3 SGB V, wenn auch noch nicht so klar, wie dies durch den 4. Senat geschehen ist. Krankenkassen und Sozialministerium vertraten im Vorfeld der Entscheidungen vom 12.10.2005 unter Berufung auf ein erstinstanzliches Urteil des Sozialgerichts Hannover vom 08.06.2005 (Az. S 35 KA 52/05) die Ansicht, dass § 95b Abs. 3 SGB V lediglich eine Kostenfolge, nicht aber einen Anspruch

des Versicherten begründe. Der Anspruch des Versicherten auf Inanspruchnahme eines kollektiv auf seine Zulassung verzichtenden Kieferorthopäden ergebe sich entweder aus § 13 Abs. 3 SGB V und setze ein Systemversagen voraus oder der Kollektivverzichtler dürfe nur in einem Notfall gemäß § 76 Abs. 1 Satz 2 SGB V in Anspruch genommen werden.

Zumindest der zuletzt genannten Auffassung erteilte der 3. Senat des LSG (ebenso wie bereits der 4. Senat im Beschluss vom 16.08.2005) in seinen Beschlüssen vom 12.10.2005 eine klare Absage. Der 3. Senat des LSG stellte klar, dass § 76 Abs. 1 Satz 2 SGB V eine eigene Anspruchsgrundlage darstelle, über die in Notfällen auch der aufgrund kollektiven Zulassungsverzichts aus dem GKV-System ausgeschiedene Kieferorthopäde gesetzlich Krankenversicherte zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung behandeln dürfe. Anders als bei § 95b Abs. 3 SGB V erfolge die Vergütung in diesen Fällen über die Kassenzahnärztliche Vereinigung und nicht über die Krankenkassen.

Demgegenüber betonte der 3. Senat des LSG in den Beschlüssen vom 12.10.2005 noch die Vergleichbarkeit zwischen § 13 Abs. 3 SGB V und § 95b Abs. 3 SGB V, obwohl der 4. Senat bereits beide Normen in ein Ausschließlichkeitsverhältnis gesetzt hatte. Diesen Schritt wagte der 3. Senat mit seinen Beschlüssen vom 12.10.2005 noch nicht, stellte aber fest, dass § 95b Abs. 3 SGB V im Gegensatz zu dem Kostenerstattungsanspruch nach § 13 Abs. 3 SGB V einen besonderen Fall des Systemversagens darstelle, der anders als der Kostenerstattungsanspruch nach § 13 Abs. 3 SGB V keinen konkreten Nachweis einer Versorgungslücke voraussetze. Vielmehr werde das Systemversagen bei § 95b Abs. 3 SGB V unwiderleglich vermutet.

In Anlehnung an die Entscheidung des 4. Senats des LSG vom 16.08.2005 taucht in den Beschlüssen des 3. Senats vom 12.10.2005 erstmalig die Beschränkung auf, dass die Behandlung »in den Grenzen des § 29 SGB V« erfolgen müsse und dass von den Krankenkassen nur die Übernahme der den Eigenanteil übersteigenden Kosten verlangt werden könne.

Daneben hatte der 3. Senat des LSG auch über einen Feststellungsantrag zu befinden, gerichtet auf vorläufige Feststel-

lung, dass die Krankenkassen verpflichtet seien, einem kollektiv auf seine Zulassung verzichtenden Kieferorthopäden bis zur Entscheidung in der Hauptsache auch in den so genannten Neufällen die von ihm erbrachten zahnärztlichen Leistungen gemäß § 95b Abs. 3 SGB V zu vergüten. In den so genannten Altfällen, also bei im Zeitpunkt des kollektiven Zulassungsverzichts bereits begonnenen Behandlungen, erfolgten Zahlungen der Krankenkassen, wenn auch teilweise gekürzt. Auch hier bejahte der 3. Senat des LSG den Vergütungsanspruch, differenzierte aber beim Anordnungsgrund danach, ob der jeweilige Kieferorthopäde der Wiederzulassungssperre des § 95b Abs. 2 SGB V unterlag oder nicht. Nur in den Fällen, in denen zu Lasten eines kollektivverzichtenden Kieferorthopäden gemäß § 95b Abs. 2 SGB V die Wiederzulassungssperre eingriff, hielt der 3. Senat des LSG die Eilbedürftigkeit als Voraussetzung für eine vorläufige Entscheidung, gerichtet auf eine Vergütungsverpflichtung der Krankenkassen in Höhe des einfachen GOZ-Satzes nach § 95b Abs. 3 SGB V, für gegeben. Kollektivverzichtende Kieferorthopäden, auf die sich der Bescheid des Niedersächsischen Sozialministeriums vom 03.06.2004 nicht bezog, wurden für die Durchsetzung ihrer Zahlungsansprüche in Höhe des einfachen GOZ-Satzes vom 3. Senat des LSG auf die Durchführung eines Hauptsacheverfahrens verwiesen.

Zum Vergütungsanspruch gemäß § 95b Abs. 3 SGB V führte der 3. Senat des LSG aus, dass ein Vergütungsanspruch für ordnungsgemäß durchgeführte und abgerechnete Behandlungen entstehe, die unter den Voraussetzungen des § 29 SGB V erbracht würden. Als maßgeblich erachtete das LSG in diesem Zusammenhang

- ▶ die vorherige Antragstellung unter Vorlage eines Behandlungsplanes,
- ▶ das Vorliegen aller zahnmedizinischen Voraussetzungen, die nach dem gesetzlichen und untergesetzlichen Leistungsrecht der GKV Voraussetzung für einen Sachleistungsanspruch des Versicherten gegenüber der Krankenkassen seien und
- ▶ eine den Vorschriften der GOZ, insbesondere den §§ 1 Abs. 2, 4 und 10 GOZ, entsprechende Abrechnung.

4) Urteil des LSG Niedersachsen-Bremen (3. Senat) vom 13.09.2006 (Az. L 3 KA 90/05)

Mittlerweile liegt die erste Hauptsacheentscheidung des LSG Niedersachsen-Bremen vor. Gegenstand der Klage war ein Zahlungsbegehren einer Kieferorthopädin, der der kollektive Verzicht vorgeworfen wird.

In diesem Verfahren führt das LSG seine bisherigen Ausführungen zusammen und trifft wesentliche Aussagen zum Vergütungsanspruch nach kollektivem Zulassungsverzicht.

Stärker als in den Beschlüssen vom 12.10.2005 wendet sich das LSG gegen den Vergleich von § 95b Abs. 3 SGB V mit § 13 Abs. 3 SGB V und hebt hervor, dass der Nachweis eines Systemversagens im Rahmen des § 95b Abs. 3 SGB V weder mit dem Wortlaut noch mit der systematischen Stellung vereinbar sei. Zum Schutz der Patienten habe sich der Gesetzgeber bewusst gegen den Weg der Kostenerstattung, d. h. einer Privatliquidation mit anschließender Erstattung entschieden. Dem Versicherten könne der Nachweis einer konkreten Versorgungslücke im Falle des kollektiven Zulassungsverzichts nicht zugemutet werden. Das LSG stellt in dem Urteil ausdrücklich fest, »...dass es sich bei der Inanspruchnahmebehandlung nach § 95b Abs. 3 SGB V um ein selbständiges Rechtsverhältnis handelt, welches einerseits dem Interesse des Versicherten Rechnung tragen muss, im Falle einer Unterversorgung rechtzeitig durch eine Sachleistung seiner Krankenkasse behandelt zu werden, andererseits aber auch den geringst möglichen Eingriff in die Berufsausübungsfreiheit des (Zahn-)Arztes beinhaltet, der darin liegt, einen Patienten zu ungünstigen Konditionen vorübergehend behandeln zu müssen.«

Erneut wendet sich das LSG auch gegen den Einwand der Krankenkassen, § 95b Abs. 3 SGB V gelte nur für solche Kieferorthopäden, für deren Planungsbereich der Übergang des Sicherstellungsauftrags auf die Krankenkassen gemäß § 72 a Abs. 1 SGB V festgestellt worden sei. Zum einen verweise § 95b Abs. 3 SGB V lediglich auf die Generalnorm in § 95 Abs. 1 SGB V, nicht aber auf die 6-Jahressperre gemäß § 95b Abs. 2 SGB V und damit indirekt auf § 72a Abs. 1 SGB V. Zum anderen

könne eine Gefährdung der Versorgung der Versicherten auch schon dann eintreten, wenn weniger als 50 Prozent der niedergelassenen Ärzte und Zahnärzte auf ihre Zulassung verzichten.

Deutlich stellt das LSG in seiner Entscheidung auch fest, dass die Tatsache, dass der kollektiv verzichtende Zahnarzt keinen Vergütungsbudgets oder sonstigen Mengenbegrenzungen unterliege, dem Anspruch aus § 95b Abs. 3 SGB V nicht entgegenstehe, der Gesetzgeber habe zum Ausgleich hierfür die Vergütung auf den einfachen GOÄ-/GOZ-Satz beschränkt.

Neu ist die teleologische Reduktion, die das LSG in bezug auf die Geltungsdauer des § 95b Abs. 3 SGB V vornimmt. In den vorangegangenen Entscheidungen hatte das LSG die Frage, wie lange Kieferorthopäden, die kollektiv auf ihre Zulassung verzichtet haben, über § 95b Abs. 3 SGB V zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen abrechnen können, offen gelassen und lediglich als Maximaldauer die in § 95b Abs. 2 SGB V genannte 6-Jahressperre erwähnt. In der Hauptsacheentscheidung konkretisiert das LSG diese Geltungsdauer dahingehend, dass eine Leistungserbringungs- und Abrechnungsbefugnis nach § 95b Abs. 3 SGB V nur so lange bestehe, bis alle aufgrund kollektiven Verzichts aus dem GKV-System ausgeschiedenen Kieferorthopäden durch andere Vertragszahnärzte bzw. Eigeneinrichtungen der Krankenkassen ersetzt seien.

Hiermit will das LSG offenkundig – ohne dass dies in Gesetzeswortlaut oder Gesetzesbegründung eine Stütze fände – der Befürchtung der Krankenkassen entgegenwirken, nach kollektivem Zulassungsverzicht bekämen (Zahn-)Ärzte über § 95b Abs. 3 SGB V die Möglichkeit, trotz ihres Zulassungsverzichts dauerhaft am System der gesetzlichen Krankenversicherung teilnehmen zu können.

Neu sind weiter die Ausführungen, die das LSG zu der Ausgestaltung des Rechtsverhältnisses zwischen Arzt und Patient macht. Während die bisherigen Beschlüsse nahe legten, dass das Verhältnis zwischen Patient und Kieferorthopäde vorrangig privatärztlich strukturiert sei – so wurde auf die privatautonome Entscheidung des Patienten den Kollektivverzichtler im Rahmen eines privaten Behandlungsverhältnisses

in Anspruch zu nehmen abgestellt – vertritt das LSG nunmehr die Auffassung, dass das privat Zahnärztliche Verhältnis durch sozialrechtliche Elemente überlagert sei. Mit dieser Auffassung stellt das LSG, obwohl nach eigenen Worten »in § 95b Abs. 3 Satz 1 SGB V nicht ausdrücklich angeführt«, für den Vergütungsanspruch nach kollektivem Zulassungsverzicht weitere Voraussetzungen auf. Diese bestehen zusammengefasst darin, dass der Vergütungsanspruch nach § 95b Abs. 3 SGB V dann bestehen soll, wenn der kollektivverzichtende (Zahn-)Arzt die vertrags(zahn)arztrechtlichen Vorschriften des Leistungsrechts und des Leistungserbringungsrechts beachtet habe, in bezug auf die kieferorthopädische Behandlung also insbesondere die Regelungen des § 29 SGB V und die in den Kieferorthopädie-Richtlinien enthaltenen Regelungen.

Im Ergebnis macht das LSG auf diesem Wege – ersichtlich von dem Bestreben getragen, die Folgen der in demselben Urteil prinzipiell bejahten Inanspruchnahme-Behandlung nach kollektivem Zulassungsverzicht und des hieraus resultierenden Vergütungsanspruchs zu begrenzen – die grundsätzlich bejahte Wirksamkeit des Zulassungsverzichts zum größten Teil wieder rückgängig.

Dies mag in bezug auf den Versicherten insofern nachvollziehbar sein, als die gesetzlichen und untergesetzlichen Regelungen den Sachleistungsanspruch des Versicherten begrenzen (Höchstalter, Einstufung in die Kieferorthopädischen Indikationsgruppen (KIG) gemäß KFO-Richtlinien). Schließlich wird im Falle des Kollektivverzichts der Sachleistungsanspruch des Versicherten auf Inanspruchnahme-Behandlung zu dessen Schutz auch auf die Gruppe der kollektiv auf ihre Zulassung verzichtenden (Zahn-)Ärzte erstreckt. Da es also grundsätzlich bei dem Sachleistungsanspruch bleibt, gelten für den Versicherten auch die hierzu entwickelten Beschränkungen. Diese treffen aber allein den Versicherten, nicht denjenigen (Zahn-)Arzt, der – kollektiv – auf seine Zulassung verzichtet hat. Dieser gehört der gesetzlichen Krankenversicherung nach seinem – auch nach Ansicht des LSG – wirksamen Verzicht dem System der gesetzlichen Krankenversicherung nicht mehr an, d. h. er

unterliegt nicht mehr dessen System gesetzlicher und untergesetzlicher Normen und insbesondere auch nicht mehr der Disziplinargewalt der Kassen(zahn)ärztlichen Vereinigung (vor diesem Hintergrund ist auch die Auffassung des LSG, der kollektivverzichtende (Zahn-)Arzt sei gegenüber GKV-Versicherten zur Inanspruchnahme-Behandlung verpflichtet, abwegig).

Soweit das LSG dem kollektivverzichtenden (Zahn-)Arzt weitergehende Beschränkungen bei der Durchsetzung des Vergütungsanspruchs gemäß § 95b Abs. 3 SGB V auferlegt, sind diese nicht haltbar.

Gegen die Zulässigkeit derartiger Beschränkungen spricht bereits der Wortlaut der Vorschrift. Dies konzidiert auch das LSG ausdrücklich, wenn es darauf hinweist, dass die von ihm aufgestellten weiteren Voraussetzungen zur Durchsetzung des Vergütungsanspruchs in § 95b Abs. 3 Satz 1 SGB V nicht ausdrücklich angeführt werden. Entgegen der Auffassung des Gerichts trägt auch der Gedanke einer »Nachhaftung« des kollektivverzichtenden (Zahn-)Arztes in Anknüpfung an die ursprünglich erworbene Zulassung zur vertrags(zahn)ärztlichen Versorgung Beschränkungen des in § 95b Abs. 3 SGB V enthaltenen Vergütungsanspruchs nicht. Diese Nachhaftung ist in bezug auf den eindeutigen Gesetzeswortlaut von § 95b Abs. 3 SGB V – dies verkennt das LSG – in der Gesetzesbegründung auf die Sanktion der reduzierten Vergütung auf den einfachen GOÄ-/GOZ-Satz begrenzt. Danach bleibt der kollektiv ausgeschiedene Vertragsarzt »dem Vertragsarztsystem kraft Gesetzes zumindest insoweit verhaftet, als er die Behandlung eines Versicherten nur mit dem Einzelsatz nach der jeweils einschlägigen Gebührenordnung vergütet erhält und ihm auch nur ein Vergütungsanspruch gegen die Krankenkasse eingeräumt wird«.

Eine weitergehende Nachwirkung ist im Gesetz nicht vorgesehen und war vom Gesetzgeber nicht gewollt. Insbesondere hat der Gesetzgeber den Verzicht gerade nicht für unwirksam erklärt. Auf nichts anderes läuft jedoch das Urteil des LSG hinaus, wenn über das Konzept der Nachhaftung das gesamte gesetzlich und untergesetzliche Regelwerk der gesetzlichen Kran-

kenversicherung wieder als Leistungsumfang bestimmender Maßstab der Behandlung zugrunde gelegt wird. Wenn dieses Ergebnis gesetzgeberischer Wille gewesen wäre, hätte der Gesetzgeber lediglich den kollektiven Verzicht für wirkungslos erklären müssen. Da der Gesetzgeber dies nicht getan und die Wirksamkeit des Verzichts nicht bezweifelt hat, kann das Ergebnis des LSG nicht gesetzeskonform sein. Das Gericht unterliegt insofern einem Zirkelschluss und widerspricht sich selbst, wenn es einerseits die Wirksamkeit des Zulassungsverzichts bestätigt, andererseits aber die Wirkung des Zulassungsverzichts negiert, indem es das durch den Zulassungsverzicht begründete privatrechtliche Behandlungsverhältnis zwischen Patient und (Zahn-)Arzt den sozialrechtlichen Regelungen der gesetzlichen Krankenversicherung unterstellt.

Dass die Ausführungen des LSG zum Umfang des Vergütungsanspruchs in sich widersprüchlich und nicht haltbar sind, zeigt sich auch an Folgendem: Das LSG hat zu Recht festgestellt, dass die im System geltenden Vergütungsbeschränkungen, wie Vergütungsbudgets, Mengenbegrenzung und Degression, nicht dazu führen, dass der kollektive Zulassungsverzicht unwirksam ist. Dann kann aber für etwaige Vergütungs Voraussetzungen im Rahmen gesetzlicher oder untergesetzlicher Bestimmungen der GKV nichts anderes gelten. Der Gesetzgeber hat, wie die Gesetzesbegründung zu § 95b Abs. 3 SGB V verdeutlicht, in der Reduzierung des Vergütungsanspruchs des kollektivverzichtenden (Zahn-)Arztes die Voraussetzung als erfüllt angesehen, dass dieser »Versicherte nur zu Bedingungen behandeln« kann, »die dem Interesse der Versicherten wie auch dem Grundsatz der Beitragssatzstabilität nicht abträglich sind«. Dabei ist die Wirksamkeit des kollektiven Zulassungsverzichts unberührt geblieben.

Dieser gesetzgeberischen Entscheidung liefe es zuwider, den Zulassungsverzicht – wie es im LSG-Urteil geschieht – faktisch für unwirksam zu erklären und den kollektivverzichtenden (Zahn-)Arzt zusätzlich zu der Beschränkung auf den einfachen GOÄ-/GOZ-Satz zu verpflichten, gesetzlich Versicherte

zu den Bedingungen der gesetzlichen Krankenversicherung zu behandeln.

Gegen das Urteil des LSG Niedersachsen-Bremen vom 13.09.2006 ist Revision zum Bundessozialgericht eingelegt worden. Mit einer Entscheidung über die Revision ist im ersten Halbjahr 2007 zu rechnen.

5) Schlussbemerkung

Der 3. Senat des LSG Niedersachsen-Bremen hat mit seinem Urteil vom 13.09.2006 die noch in seiner Entscheidung vom 05.10.2005 geübte Zurückhaltung, sein Ergebnis unmittelbar aus Gesetzeswortlaut und Gesetzesbegründung abzuleiten, aufgegeben und die Voraussetzungen an die Durchsetzungen eines Vergütungsanspruchs gemäß § 95b Abs. 3 SGB V, ohne dass hierfür greifbare rechtliche Ansatzpunkte bestanden hätten, verschärft.

Was der Gesetzgeber mit § 95b SGB V bezweckt hat, hat das LSG in seinem Urteil zwar selbst zitiert, aber gleichwohl nicht beachtet. Ziel von § 95b SGB V ist es danach, dass der kollektiv ausgeschiedene Vertrags(zahn)arzt, »dem Vertragsarztsystem kraft Gesetzes zumindest insofern verhaftet« bleibt, »als er die Behandlung eines Versicherten nur mit dem Einfachsatz nach der jeweils einschlägigen Gebührenordnung vergütet erhält und ihm auch nur ein Vergütungsanspruch gegen die Krankenkasse eingeräumt wird«.

Das LSG Niedersachsen-Bremen hat demgegenüber den nicht überzeugenden Versuch unternommen, einerseits die Wirkungen des kollektiv ausgesprochenen Zulassungsverzichts eintreten zu lassen, so dass der »Kollektivausstieger« aus dem System der vertrags(zahn)ärztlichen Versorgung ausscheidet, andererseits durch außerhalb von Gesetzeswortlaut und Gesetzesbegründung liegende Erwägungen diese Wirkungen wieder rückgängig zu machen. Dies erscheint nicht haltbar und muss daher der revisionsrechtlichen Prüfung unterworfen werden.

| 4.3

KV-Ausstieg durch Systemwandel – vom Kollektivvertrag zum Einzelvertrag

Dr. Peter Wigge, Anke Harney

I Historische Errungenschaft des Kollektivvertrages

Die sozialrechtliche Entwicklung zeigt, dass die historische Errungenschaft der Ärzte, ihre Leistungen im Rahmen eines Kollektivvertragssystems zu erbringen, immer mehr zugunsten von Einzelverträgen, also der ärztlichen Tätigkeit im Rahmen eines selektiven Vertragssystems, aufgebrochen wird. Ein historischer Rückblick belegt allerdings, dass die Organisation der ärztlichen Leistungserbringung durch Einzelverträge in den Anfängen der gesetzlichen Krankenversicherung der Regelfall war.

Bis zur Neubekanntmachung des KVG (Krankenversicherungsgesetz)⁷ bestand eine Rechtsbeziehung ausschließlich im Verhältnis zwischen Arzt und Patient. Die Krankenkassen agierten nach dem Kostenerstattungsprinzip. Mit dem KVG gab es erstmals eine Rechtsbeziehung des Arztes zur Krankenkasse (Dreiecksbeziehung Arzt, Krankenkasse, Versicherter) unter Einführung des Sachleistungsprinzip als wesentliches Kernelement unseres heutigen Kollektivvertragssystems. Danach waren die Krankenkassen u. a. verpflichtet, ärztliche Versorgung »in natura« zu leisten. Das KVG normierte die nähere Ausgestaltung der Dreiecksbeziehung nicht, sondern schrieb lediglich einen schriftlichen Vertrag zwischen Krankenkassen und Ärzten vor.⁸ Die Krankenkassen mussten also nunmehr die ärztliche Versorgung ihrer Versicherten gewährleisten und

schlossen zu diesem Zweck bürgerlich-rechtliche Dienstverträge mit den Ärzten, in denen auch das Honorar der Ärzte festgelegt wurde. Die Krankenkassen erfüllten den Sachleistungsanspruch des Versicherten indem die Versicherten diejenigen Ärzte aufsuchen konnten, mit denen sie Verträge abgeschlossen hatten. Zur Erstattung von Behandlungskosten, die durch die Inanspruchnahme von Ärzten entstanden, mit denen keine Verträge geschlossen worden waren, waren die Krankenkassen nicht verpflichtet. Dementsprechend wurden diese Ärzte von den Versicherten auch nicht mehr in Anspruch genommen. Mit Einführung der Pflichtversicherung durch das KVG versiegt aufgrund der steigenden Anzahl der Versicherten in der gesetzlichen Krankenversicherung eine wichtige Einnahmequelle des Arztes, wenn kein Vertrag mit der Krankenkasse bestand. Die Angewiesenheit der Ärzte auf Vertragsschlüsse mit den Krankenkassen bewirkte, dass die Krankenkassen naturgemäß ihre Machtposition nutzten, um niedrige Honorare auszuhandeln. Aufgrund der als immer drückender empfundenen wirtschaftlichen und beruflichen Abhängigkeit der Ärzte zu den Krankenkassen, suchten die Ärzte ihre Interessen organisiert zu vertreten.⁹ Demzufolge entstand im Jahr 1900 der sog. »Leipziger Verband« als überregionale Ärzteorganisation, der später nach seinem Gründer in den »Hartmannbund« umbenannt wurde.¹⁰ Die wesentlichen Grundforderungen der Ärzteschaft bestanden damals in der Einführung der freien Arztwahl, der Gewährung eines Einzelleistungshonorars und dem Abschluss von Kollektivverträgen statt von Einzelverträgen. Insbesondere sollte das Auswahlrecht der Krankenkassenvorstände, die über die Zulassung der Ärzte eben eigenständig über die Auswahl ihres Vertragspartners entschieden, zugunsten einer allgemeinen Zulassung erfolgen, um so das »Diktat« der Vertragsbedingungen durch die Krankenkassen zu beenden.¹¹

⁷ In Kraft getreten am 1.12.1884, RGBl. I 1883, 73; Neubekanntmachung im Jahr 1892, RGBl. I 1892, 417.

⁸ Brackmann, Handbuch der Sozialversicherung, § 72 SGB V Kapitel 2.1 und 2.2., Stand: 82. Lfg. Oktober 1997.

⁹ Zuck in Quaas / Zuck, Medizinrecht 2005, § 4 Rn 8.

¹⁰ Schneider, Handbuch des Kassenarztrechts 1994, S. 17.

¹¹ Schnapp in Schnapp / Wigge, Handbuch des Vertragsarztrechts, 2. Auflage 2006, S. 3 Rn 4.

Der Höhepunkt der Auseinandersetzung wurde mit der Reform der Sozialversicherung erreicht. In der zum 1.1.1914 in Kraft getretenen RVO (Reichsversicherungsordnung) konnte keine Einigung hinsichtlich der Ausgestaltung der Rechtsbeziehungen zwischen den Krankenkassen und den Ärzten erzielt werden. Es fand sich hier nur die Regelung, dass sie ihre Beziehungen durch schriftlichen Vertrag regeln sollten.¹² Über das Berliner Abkommen vom 23.12.1913 (privatrechtlicher Vertrag) wurde dann doch noch eine Einigung erzielt. Zwar blieb es zum Nachteil der Ärzte bei einer beschränkten Arztwahl. Allerdings wurde für die Ärzte ein Kompromiss erzielt, der so aussah, dass Verhältniszahlen festgelegt wurden und die Krankenkassen die Ärzte nicht mehr einseitig auswählen konnten. Es gab vielmehr das Arztregister und die dort eingetragenen Ärzte wurden als Kassenarzt zugelassen. Die Auswahl der Ärzte für die Liste erfolgte durch den von den Verbänden der Krankenkassen und der Ärzte paritätisch besetzten Registerratsausschuss. Es gab nach wie vor Einzelverträge, diese wurden aber nicht mehr individuell, sondern von einem Vertragsausschuss ausgehandelt. Eine weitere Errungenschaft war die Einführung des Zentralschlichtungsausschusses, der über Streitigkeiten bzgl. des Berliner Abkommens entschied. Haupterrungenschaft des Berliner Abkommens war also die Einführung einer gemeinsamen Selbstverwaltung.¹³

Bis zum Jahre 1932 basierten daher die Rechtsverhältnisse zwischen Krankenkassen und Ärzten im Kern auf einzelvertraglichen Beziehungen. Der heutige gültige Rechtszustand wurde erst durch Verordnung vom 30.12.1931¹⁴ und durch die Verordnung vom 14.1.1932¹⁵ eingeführt. Der Gesetzgeber schrieb nunmehr in der Folgezeit Kollektivverträge gesetzlich zwingend vor und diese enthielten alle wesentlichen Bestimmun-

12 Schneider, Handbuch des Kassenarztrechts 1994, S. 19.

13 Insgesamt hierzu Schnapp in Schnapp/Wigge, Handbuch des Vertragsarztrechts, 2. Auflage 2006

14 4. Verordnung des Reichspräsidenten zur Sicherung von Wirtschaft und Finanzen und zum Schutz des inneren Friedens, RGBl. 1932, S. 2.

15 Verordnung über die kassenärztliche Versorgung.

gen über die kassenärztliche Versorgung.¹⁶ Das Einzelvertragssystem wurde durch ein Kollektivvertragssystem durch die Errichtung von Kassenärztlichen Vereinigungen als Vertragspartner der Krankenkassen abgelöst.¹⁷ Die Berechtigung zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung wurde von der Zulassung abhängig gemacht.

2 Der Systemwandel durch Strukturreformen bis zum GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG)

Das Gesundheitsstrukturgesetz (GSG) vom 21.12.1992¹⁸, das 2. GKV-Neuordnungsgesetz (GKV-NOG) vom 23.06.1997¹⁹ sowie das GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000 (GKV-RefG) vom 22.12.1999²⁰ beinhalteten Ansätze zur Erweiterung der bestehenden Versorgungsformen (Integrierte Versorgung, Hausarztmodelle, Modellvorhaben). Ziel war der Eintritt in eine sich durch Wettbewerb auszeichnende Versorgungsstruktur, um eine wirtschaftlichere, effizientere und qualitätsgesicherte ärztliche Versorgung zu erreichen.²¹ Die strikte Einteilung unseres Systems in verschiedene Versorgungsstrukturen wurde als Hemmnis für ein effizientes Gesundheitssystem erkannt. Der Gesetzgeber öffnete daher die Tür zu einem eigenständigen Einzelvertragssystem neben dem Kollektivvertragssystem, um alternative Versorgungsangebote auf der Grundlage individualvertraglicher Vereinbarungen zu ermöglichen. Das bisher exklusiv bei den Kassenärztlichen Vereinigungen liegende Recht zum Vertragsschluss wurde also aufgebrochen. Die großen Hoffnungen, die der Gesetzgeber

16 Wigge, Ärztliche Leistungserbringung durch Einzelverträge, MedR 1996, S. 51/53.

17 Hess in Kasseler Kommentar, Sozialversicherungsrecht Bd. 1, § 72 SGB V Rn 5.

18 BGBl. I S. 2266.

19 BGBl. I S. 1520.

20 BGBl. I S. 2626, zum Gesetzesentwurf vgl. BT-Drucks. 14/1245.

21 Gaß, Gesundheitsreform 2003 – Vorfahrt für neue Versorgungsformen, MedR 2003, 129.

insbesondere in die integrierte Versorgung nach §§ 140a ff SGB V setzte, erfüllten sich jedoch nicht.

Der Gesetzgeber entschied sich daher zur Weiterentwicklung der Versorgungsformen durch das GKV-Modernisierungsgesetz (GMG) im Jahr 2004.

Die rechtlichen Rahmenbedingungen der integrierten Versorgung wurden neu abgesteckt und das Kollektivvertragssystem weiter aufgebrochen. § 140b SGB V bestimmt die Vertragspartner der integrierten Versorgung abschließend. Die Kassenärztlichen Vereinigungen können keine Vertragspartner sein, sie stehen also außerhalb dieser Versorgungsform. Der ihnen über die Rahmenvereinbarung zugestandene gestalten Einfluss auf die Einzelverträge wurde abgeschafft. Auch einzelne Krankenkassen oder Zusammenschlüsse von Krankenkassen können Vertragspartner sein und die Leistungserbringer bzw. deren Gemeinschaft. Vertragspartner können auch sog. Managementgesellschaften sein. Dies sind Träger von Einrichtungen, die nicht selbst Versorger sind, die jedoch eine integrierte Versorgung durch zugelassene Leistungserbringer anbieten. Der Sicherstellungsauftrag der Kassenärztlichen Vereinigung ist – soweit die integrierte Versorgung greift – eingeschränkt, § 140a Abs. 1 Satz 2 SGB V. In den Integrationsverträgen werden eigene Vergütungsvereinbarungen getroffen. Die Verteilung der Honorare erfolgt nicht über die Kassenärztliche Vereinigung. Für die Patienten ist die Teilnahme an der integrierten Versorgung freiwillig, sie können sich also entscheiden, ob sie an der herkömmlichen Versorgung oder an der integrierten Versorgung teilnehmen wollen. Die einzelnen Ärzte haben keinen Anspruch auf Abschluss eines Integrationsvertrages, sondern es besteht hier Vertragsfreiheit. Der Vertragsschluss steht im Ermessen der Krankenkassen. Die Krankenkassen müssen lediglich darauf achten, dass die Vertragspartner nach sachgerechten Kriterien ausgewählt werden. Der Anspruch auf Teilnahme am Integrationssystem wird also nur über Art. 12 Abs. 1 GG iVm Art. 3 Abs. 1 GG geschützt.

Durch das GMG wurde ferner die hausarztzentrierte Versorgung nach § 73b SGB V als weiteres Einzelvertragssystem eingeführt. Vertragspartner sind die Krankenkassen und Hausärzte bzw. Verbände von Hausärzten oder MVZ. Die Kassenärztlichen Vereinigungen sind auch hier nicht beteiligt. Der Sicherstellungsauftrag der Kassenärztlichen Vereinigung nach § 75 Abs. 1 SGB V wird also für den Teilbereich der Hausarztversorgung wieder durchbrochen. Die Qualität und die Vergütung wird auf gesamtvertraglicher bzw. bundesmantelvertraglicher Ebene festgelegt, also zwischen den Selbstverwaltungspartnern. Dem Hausarzt wurde eine Lotsenfunktion zugesagt, so dass Versicherte im Rahmen der hausarztzentrierten Versorgung fachärztliche ambulante Leistungen nur auf Überweisung des Hausarztes in Anspruch nehmen können und ihren Hausarzt auch nur bei Vorliegen eines wichtigen Grundes wechseln können. Der Hausarzt soll also stets den Überblick über die Behandlung des Versicherten haben und muss seinerseits auch bestimmte Qualitätsstandards erfüllen. Es soll eine wirtschaftlichere Versorgung durch Wegfall von Doppeluntersuchungen erreicht werden und der Patient soll gezielt gesteuert in die fachärztliche Versorgung gebracht werden. Ziel ist also letztlich eine bessere Koordinierung der Behandlung. Der Versicherte kann freiwillig entscheiden, ob er in der herkömmlichen Versorgung bleibt oder die hausarztzentrierte Versorgung in Anspruch nimmt. Bei Wahl der hausarztzentrierten Versorgung ist er an diese Wahl für ein Jahr gebunden. Die Krankenkasse ist zwar zur öffentlichen Ausschreibung unter Bekanntgabe der objektiven Auswahlkriterien verpflichtet. Der einzelne Hausarzt hat jedoch keinen Anspruch auf einen Vertragsschluss.

Angesichts der Finanzierungsprobleme besteht jedoch weiterhin Reformbedarf in der GKV. Mit Wirkung zum 01.04.2007 wird das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG)²² in Kraft treten.

²² BR-Drucksache 75/07 vom 02.02.2007. Das GKV-WSG tritt nach Art. 46 Abs. 1 - abgesehen von einigen Regelungen - zum 01.04.2007 in Kraft.

Das GKV-WSG führt die dargestellte Entwicklung hin zu einem selektiven Vertragssystem in der GKV weiter fort. Dem entsprechend heißt es auch in der Begründung zum Entwurf des GKV-WSG:²³ »Das Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der Gesetzlichen Krankenversicherung setzt damit die mit dem GMG eingeleitete Gesundheitspolitik in Richtung

- ▶ Erweiterung der Wahl- und Entscheidungsmöglichkeiten der Versicherten,
- ▶ Intensivierung des Wettbewerbs um Qualität und Wirtschaftlichkeit sowohl zwischen Krankenkassen als auch zwischen Leistungserbringern,
- ▶ Erhöhung der Transparenz über Angebote, Leistungen und Abrechnungen sowie
- ▶ Verminderung des bürokratischen Aufwands konsequent fort.«

Auf Seite S. 252 heißt es:

»Hierzu können die Krankenkassen stärker als bisher – unter Wahrung des Schutzes vor Diskriminierung und Missbrauch – Einzelverträge abschließen und besondere Vereinbarungen treffen. Mit Blick auf die damit gewollte Intensivierung des Wettbewerbs innerhalb der GKV wird dafür Sorge zu tragen sein, dass ein adäquater wettbewerbsrechtlicher Rahmen zum Schutz vor Diskriminierung und Missbrauch marktbeherrschender Stellungen greift, der sowohl den Leistungserbringern als auch den Krankenkassen Schutz vor Diskriminierung und Missbrauch einer marktbeherrschenden Stellung bietet. Für Einzelverträge sind insbesondere folgende Regelungen vorgesehen:

- ▶ Künftig können Krankenkassen in erweitertem Umfang mit Ärzten besondere Vereinbarungen treffen, die von der kollektivvertraglichen Versorgung abweichen oder darüber hinausgehen. Kassen können solche Verträge allein oder in Kooperation mit anderen Kassen aushandeln. Ärzte können einzeln oder als Gruppe Vertragspartner sein. Vertragspartner können auch Managementgesellschaften sein, wie in der integrierten Versorgung bereits vorher

²³ BT-Drucks. 16/3100 vom 16.10.2006, S. 247.

möglich. Das Wettbewerbsfeld der Einzelverträge umfasst die hausarztzentrierte Versorgung, die gesamte ambulante ärztliche Versorgung sowie auch einzelne Bereiche der ambulanten Versorgung (besondere Versorgungsaufträge). (...)

Im Bereich der hausarztzentrierten Versorgung kommt es zu folgenden Weiterentwicklungen. Nach § 73b SGB V i.d.F. des GKV-WSG²⁴ wird nunmehr das Nähere über den Inhalt und die Durchführung der hausarztzentrierten Versorgung – insbesondere auch die Qualitätsanforderungen – in unmittelbaren Verträgen zwischen den Krankenkassen und den Ärzten geregelt (§ 73b Abs. 5 iVm Abs. 4 iVm Abs. 2 SGB V i.d.F. des GKV-WSG), wobei die Mindestanforderungen an die hausarztzentrierte Versorgung vom Gesetzgeber in § 73b Abs. 2 SGB V i.d.F. des GKV-WSG vorgegeben werden. Eine Einigung auf gesamtvertraglicher Ebene und damit unter Beteiligung der Kassenärztlichen Vereinigung auf regionaler Ebene findet nicht statt. Auch die Vergütung wird zwischen den Vertragspartnern der hausarztzentrierten Versorgung vereinbart. Die Krankenkassen werden nach § 73b Abs. 4 iVm Abs. 1 SGB V i.d.F. des GKV-WSG ausdrücklich verpflichtet, eine flächendeckende Versorgung für ihre Versicherten anzubieten. Das Gesamtbudget soll in den Jahren 2007 und 2008 um die Einsparungen im kollektivvertraglichen System bereinigt werden und ab dem Jahr 2009 orientiert sich die Finanzierung an der Zahl und der Morbidität der eingeschriebenen Versicherten. Im Übrigen bleibt es bei den bereits dargestellten Regelungen – insbesondere was den Anspruch des Arztes auf Abschluss eines Vertrages und die Wahlfreiheit der Versicherten betrifft. Die Kassenärztliche Vereinigung und auch die neu zugelassenen Dienstleistungsgesellschaften (§ 77a SGB V i.d.F. des GKV-WSG) waren als Vertragspartner nach der BT-Drucksache 16/3100 vom 16.10.2006 nicht vorgesehen. Allerdings gab es über diesen Punkt erheblichen Streit. Die Bundesärztekammer verweist in ihrer Stellungnahme vom 03.11.2006²⁵

²⁴ BR-Drucksache 57/07 vom 02.02.2007.

²⁵ http://www.bundesaerztekammer.de/10/0014Stellungnahme_GKV-WSG/

darauf, dass der Ausschluss der Kassenärztlichen Vereinigungen als Vertragspartner den offensichtlichen Versuch darstelle, die Körperschaft durch Entzug von Sicherstellungsaufgaben und damit auch Gesamtvergütungsmitteln als Basis für die Erfüllung ihrer Verwaltungsaufgaben zu schwächen. In der BR-Drucks. 75/07 vom 02.02.2007 (bzw. in der BT-Drucks. 16/4200 vom 31.01.2007) hat es bei der Frage der Beteiligung der Kassenärztlichen Vereinigung als Vertragspartner im weiteren Verlauf des Gesetzgebungsverfahrens im Vergleich zur BT-Drucks. 16/3100 vom 24.10.2006 eine Änderung gegeben. In § 73b Abs. 4 Satz 2 Nr. 4 i.d.F. des GKV-WSG (BR-Drucks. 75/07 vom 02.02.2007) heißt es nunmehr: »Die Verträge können abgeschlossen werden mit (...) 4. Kassenärztliche Vereinigungen, soweit Gemeinschaften nach Nr. 2 sie hierzu ermächtigt haben.« Dementsprechend heißt es nunmehr auch in § 73b Abs. 5 Satz 2 i.d.F. der Br-Drucks. 75/07 vom 02.02.2007: »Eine Beteiligung der Kassenärztlichen Vereinigung bei der Ausgestaltung und Umsetzung der Anforderungen nach Absatz 2 ist möglich.« Auf die vertragsärztliche Bedarfsplanung hat der Abschluss von Selektivverträgen keine Auswirkung, weil die auf der Basis dieser Verträge tätigen Ärzte zugelassene Ärzte sind und diese auch nach wie vor zur Versorgung der Versicherten zur Verfügung stehen, wenn auch auf einer anderen Rechtsgrundlage. Insofern bestimmt auch § 20 Abs. 1 Ärzte-ZV, dass dieser durch den Abschluss entsprechender Versorgungsverträge nicht verletzt wird.²⁶

Nicht nur die hausärztliche Versorgung soll durch ein Selektivvertragssystem geprägt werden, sondern auch die fachärztliche Versorgung. So heißt es auch in der Begründung zu dem neu geschaffenen § 73c SGB V i.d.F. des GKV-WSG²⁷: »Im Gegensatz zum geltenden Recht wird zukünftig die Entwicklung neuer Versorgungsstrukturen in der ambulanten Versorgung ausschließlich im dezentralen, wettbewerblichen Selektivvertragssystem organisiert«.

²⁶ GKV-WSG BT-Drucks. 16/3100 vom 16.10.2006, Begründung, S. 321.

²⁷ BT-Drucks. 16/3100 Begründung S. 323.

§ 73c SGB V i.d.F. des GKV-WSG ist mit der Überschrift »Besondere ambulante ärztliche Versorgung« versehen. Der Unterschied zur hausarztzentrierten Versorgung besteht darin, dass die Krankenkassen hier nicht verpflichtet sind, »die besondere ambulante ärztliche Versorgung« flächendeckend anzubieten. Der Versorgungsvertrag kann die gesamte ambulante ärztliche Versorgung sein, aber auch einzelne Bereiche der ambulanten Versorgung. Vertragspartner der Krankenkassen können vertragsärztliche Leistungserbringer, deren Gemeinschaften und auch die sog. Managementgesellschaften sein. Auch die Kassenärztlichen Vereinigungen können Vertragspartner sein. Es handelt sich auch hier genau wie bei der hausarztzentrierten Versorgung um ein »Einschreibemodell«. Die Teilnahme der Versicherten ist freiwillig. Entscheidet sich der Versicherte für das selektive Vertragssystem kann er nur die an einem solchen System beteiligten Ärzte in Anspruch nehmen. Ein Anspruch auf Vertragsschluss besteht nicht. Es muss jedoch durch die Krankenkasse unter Bekanntgabe der objektiven Auswahlkriterien eine Ausschreibung erfolgen. Der Sicherstellungsauftrag geht im Umfang des selektiven Vertragssystems auf die vertragsschließenden Krankenkassen über. Auf die vertragsärztliche Bedarfsplanung hat der Abschluss von Selektivverträgen wie in der hausarztzentrierten Versorgung keine Auswirkung, weil die auf der Basis dieser Verträge tätigen Ärzte zugelassene Ärzte sind und diese auch nach wie zur Versorgung der Versicherten zur Verfügung stehen. Insofern bestimmt auch § 20 Abs. 1 Ärzte-ZV, dass dieser durch den Abschluss entsprechender Versorgungsverträge nicht verletzt wird.²⁸

Der Blick über die historische Entwicklung unseres Krankenversicherungssystems zeigt deutlich, dass sich gerade in den letzten Gesundheitsreformen ein Systemwandel vollzogen hat, der eine Abkehr vom Kollektivvertragssystem bedeutet und langfristig zu einer Ablösung durch flächendeckende Einzelverträge führen wird. Die Bedeutung der Kassenärztlichen Vereinigungen wird in diesem Vertragssystem drama-

²⁸ GKV-WSG BT-Drucks. 16/3100 vom 16.10.2006, Begründung, S. 325.

tisch abnehmen. Es lässt sich konstatieren, dass die Kassenärztlichen Vereinigungen durch Entzug der Monopolstellung im Bereich des Vertragsschlusses sukzessive entmachtet werden und die Krankenkassen mit anwachsender Steuerungskompetenz durch Übergang des Sicherstellungsauftrages ausgestattet werden.

Abschließend ist anzumerken, dass unter Zugrundelegung der bisherigen Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts und des Bundessozialgerichts Aufhebungen bzw. Beschränkungen des Sicherstellungsauftrages verfassungsrechtlich grundsätzlich als zulässig zu qualifizieren sind.²⁹ Das Sozialstaatsprinzip des Art. 20 Abs. 1 GG beinhaltet weder eine Garantie eines bestimmten Sozialversicherungssystems³⁰, noch eine Anspruchsgrundlage für bestimmte Leistungsrechte.³¹ Die Durchsetzung von Einzelverträgen und die damit verbundene Entmachtung der Kassenärztlichen Vereinigung ist daher eine politische Frage.

3 Gegenwärtige Rechtsbeziehungen der Vertragsärzte zur Kassenärztlichen Vereinigung und zu den Krankenkassen

Die Rechtsbeziehungen der Krankenkassen zu den Leistungserbringern in der gesetzlichen Krankenversicherung sind im vierten Kapitel des SGB V in den §§ 69-140h SGB V geregelt, wobei sich die Bestimmungen zur vertragsärztlichen Versorgung in den §§ 72 ff. SGB V finden.

Vergleicht man die Rechtsbeziehungen der Krankenkassen zu den Ärzten mit den Rechtsbeziehungen der Krankenkassen zu weiteren Leistungserbringern in der gesetzlichen Krankenversicherung, so fällt traditionell ein wesentlicher Unterschied auf.

²⁹ Vgl. Muschallik, Die Zukunft des Sicherstellungsauftrages durch die Kassenärztliche Vereinigung, MedR 2003, S. 139/140.

³⁰ U.a. BVerfGE 70, 278.

³¹ BVerfGE 75, 108.

Während normalerweise eine »Dreiecksbeziehung« zwischen dem Leistungserbringer, der Krankenkasse und dem Versicherten als Leistungsempfänger besteht, entsteht in der vertragsärztlichen Versorgung eine »Vierecksbeziehung« zwischen den Vertragsärzten, der Kassenärztlichen Vereinigung, der Krankenkasse und dem Versicherten als Leistungsempfänger.³² Die üblicherweise also unmittelbar gegebene Rechtsbeziehung zwischen der Krankenkasse und dem Leistungserbringer besteht hier nicht. Die Kassenärztliche Vereinigung ist vielmehr in das Rechtsverhältnis zwischengeschaltet worden, so dass der Vertragsarzt im Wesentlichen nur in einem Rechten- und Pflichtenverhältnis zur Kassenärztlichen Vereinigung steht.

Insofern hat der Vertragsarzt gegenüber der Krankenkasse auch keinen Honoraranspruch für seine gegenüber den Versicherten erbrachten Leistungen. Einen solchen Honoraranspruch hat er vielmehr nur gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung. Die Krankenkasse hat ihrerseits auch keinen direkten Anspruch gegen den Vertragsarzt auf Durchführung ärztlicher Behandlungen. Die Krankenkasse muss vielmehr den Umweg über die Kassenärztliche Vereinigung bzw. den Zulassungsausschuss wählen, die dann im Rahmen ihrer Disziplinargewalt bzw. ggf. zulassungsrechtlich gegen den Arzt vorgehen kann.³³ Auch im Fall der Geltendmachung von Regressansprüchen kann die Krankenkasse nicht direkt gegen den Arzt vorgehen, sondern die Ansprüche müssen über die Kassenärztliche Vereinigung abgewickelt werden.

§ 72 Abs. 1 Satz 1 SGB V bestimmt, dass die Ärzte und die weiteren dort genannten Leistungserbringer und die Krankenkassen zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung der Versicherten zusammenwirken. Die Zusammenwirkung zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung gestaltet sich in der Weise, dass § 75 Abs. 1 SGB V die Kassenärzt-

³² Wigge, Ärztliche Leistungserbringung durch Einzelverträge, MedR 1996, S. 51/52.

³³ Schmidbauer in Schnapp/Wigge, Handbuch des Vertragsarztrechts, 2. Auflage 2006 S. 65 Rn 57.

lichen Vereinigungen und die Kassenärztliche Bundesvereinigung zum Adressaten des Sicherstellungsauftrages in dem in § 73 Abs. 2 SGB V bestimmten Umfang erklärt und diese den Krankenkassen und ihren Verbänden gegenüber die Gewähr dafür übernehmen, dass die vertragsärztliche Versorgung den gesetzlichen und vertraglichen Erfordernissen entspricht. Dabei wird der Sicherstellungsauftrag im Kern durch das Sachleistungsprinzip bestimmt. Hiernach erhalten die Versicherten Leistungen der Gesetzlichen Krankenversicherung als Sach- und Dienstleistungen, und damit grundsätzlich kostenfrei, vorfinanzierungs- und risikolos.³⁴ Der Sicherstellungsauftrag wird durch Kollektivverträge erfüllt, deren Vertragspartner die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Verbände der Krankenkassen sind. Durch § 75 Abs. 1 SGB V wird festgelegt, dass die Kassenärztlichen Vereinigungen einerseits exklusiver Vertragspartner der Krankenkassen sind (Monopolstellung der Kassenärztlichen Vereinigung), andererseits unterliegen diese einem Kontrahierungszwang.³⁵ Die Exklusivität der Kassenärztlichen Vereinigungen hat zur Folge, dass grundsätzlich die Krankenkasse keine Verträge unmittelbar mit Ärzten abschließen darf.³⁶

Die rechtlichen Beziehungen zwischen dem Vertragsarzt und der Kassenärztlichen Vereinigung resultieren im Wesentlichen aus der gesetzlich angeordneten Pflichtmitgliedschaft.³⁷ Die zugelassenen und ermächtigten Ärzte und Psychotherapeuten und angestellte Ärzte in Medizinischen Versorgungszentren sind Mitglieder der entsprechenden Kassenärztlichen Vereinigung als Körperschaft des öffentlichen Rechts. Die Mitgliedschaft entsteht kraft Gesetzes mit der Zulassung bzw. Ermächtigung (§ 95 Abs. 3 Satz 1 und Satz 2). Es handelt sich also um eine Zwangsmieterschaft. Die Berechtigung zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung ist demnach mit der Mitgliedschaft in der Kassenärztlichen Vereinigung un-

trennbar verbunden. Ein Mitglied kann also nicht aus der Kassenärztlichen Vereinigung austreten, ohne gleichzeitig den diese Mitgliedschaft begründenden Status aufzugeben.³⁸

Die Mitgliedschaft bewirkt, dass die von den Kassenärztlichen Vereinigungen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung geschlossenen Kollektivverträge über die vertragsärztliche Versorgung verbindlich sind (§§ 95 Abs. 3 Satz 3, Abs. 4 Satz 2). Die Rechte und Pflichten der Mitglieder der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung ergeben sich also aus den kollektiven Regelungen, die sich aber natürlich im Rahmen der gesetzlichen Vorgaben bewegen müssen. Die Kassenärztliche Vereinigung kann also ihren Sicherstellungsauftrag erfüllen, indem sie sich der Leistungen ihrer Mitglieder bedient.

4 Kollektivvertragssystem in der vertragsärztlichen Versorgung

§ 72 Abs. 2 SGB V bestimmt, dass die vertragsärztliche Versorgung im Rahmen der gesetzlichen Vorschriften und der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses durch schriftliche Verträge der Kassenärztlichen Vereinigungen mit den Verbänden der Krankenkassen so zu regeln sind, dass eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten unter Berücksichtigung des allgemein anerkannten Standes der medizinischen Erkenntnisse gewährleistet ist und die ärztlichen Leistungen angemessen vergütet werden.

Die vertragsärztliche Versorgung wird also (noch) stark durch Kollektivverträge geprägt, die von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung bzw. den Kassenärztlichen Vereinigungen mit den Landes- bzw. Bundesverbänden der Krankenkassen geschlossen werden. Sie sind allerdings den gesetzlichen Vorschriften und den Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen untergeordnete und ihnen gegenüber nachrangige Rechtsgrundlagen der vertragsärztlichen Ver-

34 Vgl. BVerfGE 11, 30; BSGE 55, 188/193f; BSGE 73, 271/274f.

35 Wahl, Kooperationsstrukturen im Vertragsarztrecht, 2001, S. 222.

36 Zuck in Quaas / Zuck § 17 Rn 30.

37 Quaas/Zuck in Quaas / Zuck § 16 Rn 27.

38 Schiller in Schnapp/Wigge, Handbuch des Vertragsarztrechts, 2. Auflage 2006, S. 108 Rn 14.

sorgung.³⁹ Die Kollektivverträge enthalten Regelungen, die nur die Rechte und Pflichten der Vertragsparteien betreffen (schuldrechtlicher Teil) und sie enthalten abstrakt-generelle Vorschriften (normativer Teil). Da die Bedeutung des normativen Teils überwiegt, wird insgesamt von einem Normenvertrag geschlossen, auch wenn nicht jede Regelung Rechtswirkung entfaltet.⁴⁰ Die Rechtswirkung der Kollektivverträge erstreckt sich auf die Krankenkassen, die Vertragsärzte als Mitglieder der Kassenärztlichen Vereinigungen und die Versicherten. Der eigentliche Sinn der Kollektivverträge besteht gerade darin, durch die Verträge selbst Recht zu setzen, also Außenwirkung zu erzeugen und damit unmittelbar die Rechte und Pflichten Dritter (also nicht nur diejenigen der Vertragspartner, sondern auch die der einzelnen Kassen und der einzelnen Vertragsärzte) zu regeln.

Es werden im Folgenden nur kurz überblickartig die wesentlichen Verträge dargestellt. Auf Bundesebene werden zwischen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und den Spitzenverbänden der Krankenkassen (§ 213 Abs. 1 SGB V) über den allgemeinen Inhalt (das heißt Inhalte, die von regionalen Versorgungsstrukturen unabhängig sind⁴¹) der Gesamtverträge Bundesmantelverträge nach § 82 Abs. 1 Satz 1 SGB V⁴² geschlossen. Durch den gemeinsamen Bewertungsausschuss wird ein einheitlicher Bewertungsmaßstab⁴³ vereinbart (§ 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V), der Bestandteil des Bundesmantelvertrages wird und damit an der normativen Wirkung des Kollektivvertrages teilnimmt. Der Einheitliche Bewertungsmaßstab bestimmt den Inhalt der abrechnungsfähigen Leistungen und ihr wertmäßiges in Punkten ausgedrücktes Verhältnis zu-

einander (§ 87 Abs. 2 Satz 1 SGB V). Der Einheitliche Bewertungsmaßstab regelt gegenüber den Vertragsärzten, aber auch im Verhältnis zu den Versicherten, den Inhalt der vertragsärztlichen Versorgung. Er legt damit fest, welche ärztlichen Leistungen zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen abgerechnet werden können und beeinflusst über die punktzahlmäßige Bewertung der Leistungen den Vergütungsanspruch des Arztes.⁴⁴

Auf Landesebene sind insbesondere die Gesamtverträge zu nennen, die zwischen den Kassenärztlichen Vereinigungen und den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen vereinbart werden (§ 83 Satz 1 SGB V). Dort wird insbesondere die von den Krankenkassen zu entrichtende Gesamtvergütung bestimmt (§ 85 Abs. 2 Satz 1 SGB V). Wie die Gesamtvergütung unter den verschiedenen Arztgruppen aufzuteilen ist, ergibt sich aus den zwischen den Kassenärztlichen Vereinigungen und den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Krankenkassen zu vereinbarenden Honorarverteilungsvertrag (§ 85 Abs. 4 SGB V).

5 Rechtsbeziehungen im selektiven Vertragssystem

Das Erscheinungsbild des vertragsärztlichen Versorgungssystem wird, wie bereits oben dargelegt worden ist, mittlerweile nicht mehr ausschließlich noch durch das Kollektivvertragssystem geprägt, sondern auch durch ein wettbewerbsrechtlich orientiertes selektives Vertragssystem.

Die typischerweise gegebene »Vierecksbeziehung« zwischen den Vertragsärzten, der Kassenärztlichen Vereinigung, der Krankenkasse und dem Versicherten als Leistungsempfänger besteht in einem selektiven Vertragssystem nicht. Die Krankenkassen können vielmehr mit den Ärzten unmittelbar in ein Rechtsverhältnis treten, ohne die Kassenärztliche Vereinigung dazwischenschalten. Eine Aufspaltung des Rechtsverhältnisses zwischen der Krankenkasse und dem Ver-

39 Funk in Schulin, Handbuch Sozialversicherungsrecht, Bd 1 Krankenversicherungsrecht, 1994 S. 860 Rn 14.

40 Axer in Schnapp/Wigge, Handbuch des Vertragsarztrechts, 2. Auflage 2006 S. 241 Rn 13.

41 Funk in Schulin, Handbuch Sozialversicherungsrecht, Bd 1 Krankenversicherungsrecht, 1994 S. 862 Rn 19.

42 BMV-Ä, EKV-Ä, BMV-Z, EKV-Z.

43 EBM-Ä, Bema-Z.

44 Engelmann, Untergesetzliche Normsetzung im Recht der gesetzlichen Krankenversicherung durch Verträge und Richtlinien (Teil 1), NZS 2000, S. 1/3.

tragsarzt findet also nicht mehr statt. Die Krankenkasse kann individuelle Versorgungsverträge mit dem Arzt schließen. Der Arzt ist dann nicht mehr über seine Mitgliedschaft in der Kassenärztlichen Vereinigung an die Rechte und Pflichten aus den kollektiv für alle Vertragsärzte abgeschlossenen Verträge gebunden. Die Versorgungsform und die Vergütung wird vielmehr direkt mit der Krankenkasse einzelvertraglich vereinbart.

6 Auswirkungen eines selektiven Vertragssystems

Die durch den Gesetzgeber mit den dargestellten Gesundheitsreformen erweiterten Möglichkeiten der Krankenkassen mit den Ärzten Einzelverträge abzuschließen, gießt das Vertragsarztrecht durch teilweise Abkehr vom Kollektivvertragssystem in eine ganz neue Struktur und hat weitergehende Auswirkungen, denn die Krankenkassen handeln die Versorgungsverträge individualvertraglich aus.

Sie haben also ein Entscheidungsrecht, mit wem sie Verträge schließen wollen. Dadurch entsteht erstmals ein Wettbewerb der Ärzte um Verträge mit Krankenkassen, da nicht mit jedem Arzt zwingend ein Vertrag zustande kommen wird. Im kollektiven Vertragssystem hingegen nimmt jeder Arzt, der zugelassen wird, über seine Mitgliedschaft in der Kassenärztlichen Vereinigung automatisch an der vertragsärztlichen Versorgung teil. Eine Individualauswahl orientiert an Leistung, Qualität und Preis kann aufgrund des Kontrahierungszwangs für Krankenkassen und Vertragsärzte nur in eingeschränktem Umfang stattfinden. Durch den Abschluss von Einzelverträgen wird jedoch auch mehr Wettbewerb der Krankenkassen untereinander entstehen, der sich mit der gleichzeitigen Einführung des Gesundheitsfonds nicht mehr nur um die Höhe des Beitragssatzes⁴⁵ drehen wird, sondern auch um die Qua-

⁴⁵ Der im GKV-WSG i.d.F. der BR-Drucks. 75/07 vom 02.02.2007 vorgesehene Gesundheitsfonds (§271 SGB V) besteht aus zwei Teilen. Der eine Teil besteht aus einer Pauschale aus den bundeseinheitlichen Beträgen (insofern Einheitsbeitrag) und der andere Teil aus einer kassenindividuellen Prämie. Ein Wettbewerb kann bzgl. der kassenindividuellen Prämie

lität der Versorgung. Für den einzelnen Arzt wird es von Vorteil sein, wenn er über die Vereinbarung einer festen Vergütung mit bestimmten Einnahmen rechnen kann und nicht auf die Punktwertberechnung der Kassenärztlichen Vereinigung warten muss.

Die durch den Gesetzgeber vorangetriebene Aufweichung des Kollektivvertrages durch Abschluss von Einzelverträgen birgt jedoch sicherlich auch Risiken für die Beteiligten, nicht zuletzt auch für die Versicherten. Die Ärzte sind zur Sicherung ihrer Existenz auf Vertragsabschlüsse mit Krankenkassen angewiesen, da mehr als 90 Prozent der Patienten gesetzlich krankenversichert sind. Das »Abhängigkeitsverhältnis«, welches besonders im Verhältnis zu marktstarken Krankenkassen bestehen wird, schwächt naturgemäß die Verhandlungsposition der Ärzte. Es besteht das Risiko von Dumpingverträgen, die die ärztliche Unabhängigkeit (Therapiefreiheit) gefährden und möglicherweise Kompromissbereitschaft in Preis und Qualität der Versorgung auslösen wird, die so von den Ärzten und auch den Versicherten nicht gewünscht ist. Entscheidend ist daher, dass auf der Anbieter- und Nachfragerseite ein ausgewogenes Kräfteverhältnis gewährleistet und damit ein Funktionieren der Marktkräfte ermöglicht wird.⁴⁶

Die konkreten Auswirkungen eines selektiven Vertragssystems auf den Sicherstellungsauftrag, auf den Zulassungsanspruch des einzelnen Arztes sowie auf den Sachleistungsanspruch des Versicherten und sein Recht auf freie Arztwahl sollen im folgenden erörtert werden.

a) Auswirkungen auf den Sicherstellungsauftrag

Konsequenz einer (teilweisen) Abkehr vom Kollektivvertragssystem ist der (teilweise) Übergang des besonderen Si-

stattfinden, da die Höhe des Zusatzbeitrages von der Wettbewerbsfähigkeit der Krankenkasse abhängt. Dies soll mehr Transparenz für die Beurteilung der Wirtschaftlichkeit einer Krankenkasse bewirken.

⁴⁶ Muschallik, Die Zukunft des Sicherstellungsauftrages durch die Kassenärztliche Vereinigung, MedR 2003, S. 139/141.

cherstellungsauftrages auf die Krankenkassen. Der besondere Sicherstellungsauftrag (der nur den Kassenärztlichen Vereinigungen obliegt) im Sinne von § 75 Abs. 1 Satz 1 SGB V erstreckt sich sachlich auf all diejenigen Bereiche, die zum Gegenstand der vertragsärztlichen Versorgung zählen. Auch der allgemeine Sicherstellungsauftrag (der den Kassenärztlichen Vereinigungen und den Verbänden der Krankenkassen übertragen ist) nach § 72 Abs. 1 Satz 1 SGB V, der die gemeinsame Selbstverwaltung von Ärzten und Krankenkassen vorschreibt, würde durch die Einführung einzelvertraglicher Bindungsmöglichkeiten auf die Krankenkassen übergehen.⁴⁷ Soweit Leistungsbereiche aus dem Sicherstellungsauftrag der Kassenärztlichen Vereinigung aufgrund des Abschlusses von Einzelverträgen ausgegliedert werden, ist der Sicherstellungsauftrag der Kassenärztlichen Vereinigung also entsprechend eingeschränkt.⁴⁸

Zu beachten ist, dass die Kassenärztlichen Vereinigungen aufgrund der über sie zentral laufenden Abrechnung der vertragsärztlichen Leistungen für alle Krankenkassen notwendige Versorgungsaufgaben erfüllen, die eine einzelne Krankenkasse oder ein Krankenkassenverbund so nicht wahrnehmen könnte (kassenübergreifende Abrechnungs-, Wirtschaftlichkeits-, Plausibilitätsprüfung; kassenübergreifende Qualitäts- und Qualitätsanforderungen).⁴⁹ Mit einer vollständigen Rückkehr zu sog. Singularverträgen würden die Kassenärztlichen Vereinigungen ihre Funktion als Verhandlungspartner der Verbände der Krankenkassen, nicht jedoch notwendigerweise auch als Abrechnungsstelle für die Vertragsärzte verlieren.⁵⁰ Das System der vertragsärztlichen Versorgung mit gemeinsamer

Selbstverwaltung, einheitlicher Vertragsarztzulassung, Kollektivverträgen und Zwangsschlichtung wird verlassen mit der Folge, dass eine einheitliche Regelung dieses Bereichs für alle beteiligten Ärzte und Krankenkassen nicht mehr realisiert werden kann.⁵¹

Der Abschluss von Einzelverträgen führt zur Reduktion der von der Kassenärztlichen Vereinigung auszuschüttenden Honorare. Findet die hausarztzentrierte Versorgung nur noch über Einzelverträge nach § 73b SGB V statt, so wäre die Kompetenz der Kassenärztlichen Vereinigung entsprechend beschnitten. In welchem Umfang die hausarztzentrierte Versorgung Eingang in unser Gesundheitssystem finden wird, hängt letztlich von den Versicherten ab, denn die Teilnahme ist freiwillig.

Mit der Vorschrift des § 72a SGB V hat der Gesetzgeber den »Übergang des Sicherstellungsauftrages auf die Krankenkassen« bei einem kollektiven Zulassungsverzicht nach § 95b SGB V geregelt. Sofern die entsprechende kassenärztliche Vereinigung ihren Sicherstellungsauftrag nicht mehr gewährleisten kann, geht dieser auf die Krankenkassen über. Die Krankenkassen können dann nach § 72a Abs. 3 SGB V Einzel- oder Gruppenverträge schließen. Der Wegfall des Monopols ist aber nicht gleichbedeutend mit einem vollständigen Aufgabenentzug, denn die Kassenärztlichen Vereinigungen wirkt insoweit mit, soweit Ärzte ihre Zulassung nicht zurückgegeben haben (§ 72 Abs. 2 SGB V).⁵²

Der Status der Kassenärztlichen Vereinigung als Körperschaft des öffentlichen Rechts wird solange nicht in Frage gestellt, wie ein substanzieller Bereich an Aufgaben bestehen bleibt. Die verfassungsrechtliche Legitimation der Kassenärztlichen Vereinigung wird durch die partielle Durch-

gründen, auf ihre Primärfunktion als Abrechnungseinrichtung vorbereitet.

47 Wigge, Ärztliche Leistungserbringung durch Einzelverträge, MedR 1996, S. 51/52.

48 Hess in Kasseler Kommentar Sozialversicherungsrecht Bd 1, Stand: 51. EL Sept. 06, § 75 SGB V Rn 6a.

49 Hess, Die Zukunft des Sicherstellungsauftrages durch die KVen, MedR 2003, S. 137/138.

50 Die Kassenärztlichen Vereinigungen werden durch die Möglichkeit sog. Dienstleistungsgesellschaften nach § 77c SGB V i.d.F. des GKV-WSG zu

51 Wigge, Ärztliche Leistungserbringung durch Einzelverträge, MedR 1996, S. 51/59.

52 Kluth, Kassenärztliche Vereinigungen – Körperschaften des öffentlichen Rechts, MedR 2003, 123/126.

brechung ihrer Alleinzuständigkeit alleine nicht in Frage gestellt, da weder die Existenz noch die Arbeit einer Selbstverwaltungskörperschaft ein solches Monopol voraussetzt. Fehlt es jedoch an einer ausreichend gewichtigen Aufgabensubstanz, so wird der Konstruktion der Kassenärztlichen Vereinigungen sowohl als Träger funktionaler Selbstverwaltung als auch im Hinblick auf die verfassungsrechtliche Rechtfertigung der Pflichtmitgliedschaft, wie sie vom BVerfG verlangt wird, die Grundlage entzogen.⁵³

b) Auswirkungen auf den Zulassungsanspruch des Arztes

Die Möglichkeit an der vertragsärztlichen Versorgung teilzunehmen, beruht auf einem öffentlich rechtlichen Akt der Zulassung. Jeder Arzt, der Inhaber eines Zulassungsaktes ist, nimmt an der vertragsärztlichen Versorgung zu den kollektivvertraglich vereinbarten Vergütungsbestimmungen teil und kann damit zu Lasten jeder gesetzlichen Krankenkasse ärztliche Leistungen erbringen. Wird der Arzt zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen, so kann er Versicherte sämtlicher gesetzlicher Krankenkassen behandeln, da sich die Zulassung immer auf alle Krankenkassen erstreckt. Die Zulassung erfolgt durch den Zulassungsausschuss durch hoheitlichen Verwaltungsakt. In für die Arztgruppe nicht gesperrten Planungsbereichen hat der Arzt einen Anspruch auf Zulassung zur vertragsärztlichen Versorgung. Ist der Planungsbereich jedoch mit einer Zulassungsbeschränkung belegt, besteht ein solcher Anspruch nicht. Gleichwohl kann ausnahmsweise eine Zulassung erlangt werden.⁵⁴

53 Kluth, Kassenärztliche Vereinigungen – Körperschaften des öffentlichen Rechts, MedR 2003, 123/127.

54 Z.B. über die Sonderbedarfszulassung § 101 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V, Job-Sharing § 101 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 und Nr. 5 SGB V, Praxisnachfolgeverfahren § 103 Abs. 4 SGB V oder über die belegärztliche Tätigkeit § 103 Abs. 7 SGB V.

Das Bundesverfassungsgericht hat den Zulassungsanspruch des Vertragsarztes mit der »Kassenarzt-Entscheidung«⁵⁵ unter besonderen grundrechtlichen Schutz gestellt.⁵⁶ Das Bundesverfassungsgericht erkennt zwar die Tätigkeit als Kassenarzt nicht als eigenständiges Berufsbild an und sieht insofern in der sog. Bedarfszulassung eine Regelung, die die Berufsausübung im Sinne von Art. 12 Abs. 1 GG betrifft. Die kassenärztliche Tätigkeit wird damit nur als eine Ausübungsform des frei praktizierenden Arztes gesehen. Die Qualifikation als Berufsausübungsregelung ist jedoch nur eine verbale und in der Sache fast bedeutungslos, da die sachlichen Anforderungen denen einer Berufswahlregelung entsprechen müssen.⁵⁷ Denn das Bundesverfassungsgericht erkennt durchaus an, dass dem Arzt eine wirtschaftliche Praxisführung nur dann möglich ist, wenn er auch GKV-Patienten behandeln kann. Insofern entspricht die Bedarfszulassung in ihrer Wirkung im Wesentlichen einer objektiven Zulassungsbeschränkung, so dass sie nur dann gerechtfertigt sei, wenn sie zur Abwehr schwerer Gefahren zum Schutz überragend wichtiger Gemeinschaftsgüter erforderlich ist.

Sofern das selektive Vertragssystem die vertragsärztliche Versorgung bestimmt, wird es kein einheitliches Zulassungssystem mehr für alle Vertragsärzte geben, da mit jedem Vertragsarzt kassenindividuelle Einzelverträge ausgehandelt werden. Für die einzelnen Vertragsärzte würde es also wieder getrennte Zulassungen je nach Art der Krankenkasse geben. Das bedeutet, dass der Arzt, sofern er eine einzelvertragliche Zulassung von einer Krankenkasse nicht bekommt, immer noch die Möglichkeit hat, mit einer anderen Krankenkasse Verträge zu schließen. Die Versagung einer Zulassung durch eine Krankenkasse hat also deutlich weniger starke Auswirkung auf die Berufsausübung des Arztes, als wenn ihm die Zulassung zum

55 BVerfGE 12, 144f.

56 Wigge, Ärztliche Leistungserbringung durch Einzelverträge, MedR 1996, S. 51/56.

57 Maydell/Pietzcker, Begrenzung der Kassenarztzulassung, 1. Auflage 1993, S. 18.

vertragsärztlichen Versorgungssystem insgesamt nicht zugestanden wird. Aufgrund der abgeschwächten wirtschaftlichen Bedeutung einer solchen Zulassungsversagung, hat also das selektive Vertragssystem auch Auswirkungen auf den grundrechtlichen Schutz des Arztes nach Art. 12 Abs. 1 GG. Denn die Versagung der Zulassung würde in diesem Fall anders als bei der einheitlichen vertragsärztlichen Zulassung nicht bedeuten, dass keine anderweitige Möglichkeit zur Berufsausübung bestünde. Die Versagung der Zulassung käme daher, anders als in der Kassenarzt-Entscheidung, in ihrer Wirkung nicht mehr einer objektiven Zulassungsbeschränkung nahe.⁵⁸

Der niedergelassene Arzt wäre also bei einer einzelvertraglichen Zulassung genauso wie die Leistungserbringer zu behandeln, bei denen die vertragsärztliche Zulassung wirtschaftlich nicht dieselbe Bedeutung hat wie bei den Vertragsärzten.⁵⁹ In diesem Zusammenhang ist zum Beispiel auf die Chefarztentscheidung des Bundesverfassungsgerichts zu verweisen, wonach die Vorschriften über die Ermächtigung lediglich Berufsausübungsregelungen darstellen und schon dann zulässig sind, wenn vernünftige Gründe des Gemeinwohls⁶⁰ gegeben sind. Die gleiche Argumentation findet sich in zwei Entscheidungen des Bundessozialgerichts über die Zulassung zur knappschaftsärztlichen Versorgung, wo Sprengelärzten die Berufung auf den in der Kassenarzt-Entscheidung angesprochenen Grundrechtsschutz verwehrt worden ist.⁶¹

Der vertragsärztliche Zulassungsanspruch würde sich in diesem Fall nach Art. 12 Abs. 1 GG iVm Art. 3 Abs. 1 GG richten. Es wird dann nur geprüft, ob die Nichtzulassung auf sachgerechten materiellen Auswahlkriterien beruht.⁶² Die Krankenkassen sind nur dazu angehalten, die Chancengleichheit im Wettbewerb zu wahren. Dies ist bereits dann erfüllt, wenn

sie Ärzte nach den sachlichen Kriterien von Wirtschaftlichkeit, Leistungsfähigkeit und Zuverlässigkeit zulassen.⁶³ Der berufliche Druck auf den einzelnen Arzt wird in einem selektiven Vertragssystem im Vergleich zum kollektiven Zulassungssystem steigen, da auch im selektiven Vertragssystem nur so viele Ärzte einen Versorgungsvertrag bekommen werden, wie auch Bedarf vorhanden ist. Erschwerend wird hinzukommen, dass der ihnen von den Krankenkassen angebotene Preis ausschlaggebend sein wird, ob sie Vertragspartner werden oder nicht.⁶⁴ Zu beachten ist, dass eine privatrechtliche Ausgestaltung der Verträge mit Leistungserbringern nicht zu einer »Flucht in das Privatrecht« missbraucht werden darf, um diese grundrechtlichen Bindungen zu umgehen.⁶⁵

c) Anwendbarkeit des Kartell- und Wettbewerbsrechts

Es stellt sich die Frage, ob die Krankenkassen an kartellrechtliche Vorschriften (GWB) im Rahmen der Ausgestaltung ihres Rechtsverhältnisses zu den Leistungserbringern gebunden sind. Dabei ist insbesondere an die Vorschriften über marktbeherrschende und marktstarke Unternehmen nach §§ 19, 20 GWB zu denken. Die Krankenkassen wären dann an das Missbrauchsverbot (§ 19 GWB) und das Behinderungs- und Diskriminierungsverbot (§ 20 GWB) gebunden.

Jahrelang war umstritten, ob die Beziehungen der Krankenkassen zu den Leistungserbringern bzw. zu davon betroffenen Dritten dem privaten oder dem öffentlichen Recht zuzuordnen sind und daher die Zuständigkeit der Zivilgerichte oder der Sozialgerichte gegeben ist. Zentral war also die Frage, ob Krankenkassen in wettbewerbs- und kartellrechtlicher Hinsicht als privatrechtliche Unternehmen handeln. Dieser

58 Wigge, Ärztliche Leistungserbringung durch Einzelverträge, MedR 1996, S. 51/57.

59 Wigge aaO.

60 BVerfGE 16, 286/299f.

61 BSGE 21, 104/112f; BSGE 38, 40/44.

62 BSGE 67, 257.

63 Behrends, Grenzen des Privatrechts in der Gesetzlichen Krankenversicherung 1986, S. 233; vgl. Schnath, Bedarfsplanung und Konkurrenzschutz im Kassenarztrecht 1992, S. 133f.

64 Vgl. Maydell/Pietzcker, Begrenzung der Kassenarztzulassung, 1. Auflage 1993, S. 58.

65 BGHZ 91, 84, 96f.

Streit sollte durch das GKV-Gesundheitsreformgesetz beigelegt werden, welches zum 01.01.2000⁶⁶ in Kraft trat. Mit dieser Reform wurden § 69 SGB V, § 51 Abs. 2 SGG und die §§ 87, 96 GWB geändert. Rechtsstreitigkeiten, die aus den in § 69 SGB V genannten Rechtsbeziehungen resultieren, sollten jetzt den Sozialgerichten zugewiesen sein. Rechtssicherheit wurde durch die gesetzlichen Änderungen jedoch nicht geschaffen, denn Streitpunkt (insbesondere unter dem 3. und 6. Senat des Bundessozialgerichts) war nach wie vor, ob § 69 SGB V nur eine Rechtswegzuweisung enthält oder ob es sich auch um eine materiell-rechtliche Regelung handelt.

Nach § 69 Satz 1 SGB V sind die Rechtsbeziehungen der gesetzlichen Krankenkassen und ihrer Verbände zu Ärzten, Zahnärzten, Psychotherapeuten, Apotheken und sonstigen Leistungserbringern und ihren Verbänden abschließend im Vierten Kapitel des SGB V (Beziehungen der Krankenkassen zu den Leistungserbringern) und in §§ 63 und 64 SGB V geregelt. Nach § 69 Satz 4 SGB V soll dies auch dann gelten, soweit diese Rechtsbeziehung auch die Rechte Dritter betrifft. Darüber hinaus findet sich in § 87 Abs. 1 GWB die Klarstellung, dass die Zuständigkeit der Landgerichte für kartellrechtliche Streitigkeiten aus den in § 69 SGB V genannten Rechtsbeziehungen, auch soweit hierdurch Rechte Dritter betroffen sind, nicht mehr gegeben ist. Eine entsprechende Klarstellung ist auch in § 51 Abs. 2 SGG aufgenommen worden.

Der Bundesgerichtshof⁶⁷ stellt in einer aktuellen Entscheidung klar, dass mit der Neufassung des § 69 SGB V durch das GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000 gerade sichergestellt werden sollte, dass Handlungen der gesetzlichen Krankenkassen und der für sie tätigen Leistungserbringer zur Erfüllung des Versorgungsauftrages gegenüber dem Versicherten nur nach öffentlichem Recht beurteilt werden und verweist auf die Gesetzesbegründung zum GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000.⁶⁸ § 69 SGB V sei eine materiell-rechtliche

66 BT-Drucks. 14/1245.

67 BGH, Urteil vom 23.02.2006, Az.: I ZR 164/03, S. 9.

68 BT-Drucks. 14/1245, S. 68.

Regelung.⁶⁹ Der Bundesgerichtshof verweist darauf, dass damit der früheren Rechtsprechung die Grundlage entzogen werden sollte, dass solche (schlicht-hoheitlichen) Handlungen wegen ihrer Auswirkungen auf den Wettbewerb gegebenenfalls eine Doppelnatur haben können und dementsprechend auch dem Wettbewerbs- oder Kartellrecht unterliegen können. Die Vorschrift des § 69 SGB V beziehe sich daher auch auf die Beziehungen von Leistungserbringern untereinander, soweit es um Handlungen in Erfüllung des öffentlich-rechtlichen Versorgungsauftrages der Krankenkassen geht.⁷⁰

Der 6. Senat des Bundessozialgerichts ging davon aus, dass § 69 SGB V lediglich eine Rechtswegänderung bedeute und die Sozialgerichte nunmehr die materiellen kartellrechtlichen und wettbewerbsrechtlichen Regelungen als Prüfungsmaßstab zugrunde zu legen hätten.⁷¹

Abschließend lässt sich festhalten, dass nationale kartellrechtliche (GWB) bzw. wettbewerbsrechtliche (UWG) Ansprüche aus der Rechtsbeziehung zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern nicht hergeleitet werden können, da die Rechtsbeziehung dem öffentlichen und nicht dem privaten Recht zuzuordnen ist.⁷² Das GKV-WSG i.d.F. der BR-Drucks. 75/07 vom 02.02.2007 sieht nunmehr jedoch eine Änderung des § 69 SGB V vor. Dort wird es in Satz 2 heißen: »Die §§ 19 bis 21 des Gesetzes gegen Wettbewerbsbeschränkungen gelten entsprechend; dies gilt nicht für Verträge von Krankenkassen oder deren Verbände mit Leistungserbringern, zu deren Abschluss die Krankenkassen oder deren Verbände gesetzlich verpflichtet sind und bei deren Nichtzustandekommen eine Schiedsamsregelung gilt.« Das Missbrauchs-, Diskri-

69 BGH, Urteil vom 23.02.2006, Az.: I ZR 164/03, S. 8.

70 BGH, Urteil vom 23.02.2006, Az.: I ZR 164/03, S. 10.

71 BSG, Urteil vom 28.06.2000, SozR 3-2500 § 138 Nr. 1.

72 Auch das Bundeskartellamt geht bei dem Einkaufskartell der AOK bzgl. der Ausschreibung von Rabattverträgen nach § 130a Abs. 8 SGB V davon aus, dass § 69 SGB V die Anwendbarkeit des nationalen Wettbewerbs- und Kartellrechts ausschließt. Das Bundeskartellamt verweist aber darauf, dass bei Anwendung der Vorschriften ein Verstoß gegeben wäre.

minierungs- und Boykottverbot des GWB (§§ 19, 20, 21) wird ausdrücklich bei solchen Verträgen für anwendbar erklärt, zu deren Abschluss keine gesetzliche Verpflichtung besteht (Auswahlentscheidung bei Einzelverträgen).

Dagegen war der 3. Senat des Bundessozialgerichts der Auffassung, dass die Neuregelung in § 69 SGB V weitergehende, materiellrechtliche Bedeutung hat und daher kartellrechtliche und wettbewerbsrechtliche Regelungen nicht anwendbar sind, weil die Rechtsbeziehung zwischen den Krankenkassen und den Leistungserbringern rein öffentlich-rechtlich ausgestaltet ist.⁷³

Umstritten ist die Frage, ob und inwieweit die gesetzlichen Krankenkassen als Unternehmen im Sinne des europäischen Wettbewerbsrecht anzusehen sind (Art. 81ff EGV). Für das Verhältnis des europäischen Wettbewerbsrecht zum nationalen Wettbewerbsrecht gilt, dass das gemeinschaftsrechtliche Wettbewerbsrecht nur zwischenstaatlich wirkende Wettbewerbsbeschränkungen betrifft. Der Europäische Gerichtshof hat in einem Urteil vom 16.03.2004 die Auffassung vertreten, dass Krankenkassen nicht als Unternehmen im Sinne des europäischen Wettbewerbsrechts anzusehen sind, da sie eine rein soziale Aufgabe wahrnehmen würden, geprägt von dem Grundsatz der Solidarität und ohne Gewinnerzielungsabsicht. Der Europäische Gerichtshof antwortete damit auf die Vorlagefrage des Bundesgerichtshofes und entschied, dass die Krankenkassen keine Unternehmen sind, wenn sie Festbeträge festsetzen, bis zu deren Erreichen die Krankenkassen die Kosten für Arzneimittel übernehmen.⁷⁴

Ein Übergang des Sicherstellungsauftrages auf die Krankenkassen wird es jedoch juristisch einfacher machen, Krankenkassen als Unternehmen im Sinne der Wettbewerbsregeln der Art. 81 f. EG-Vertrag zu begreifen.⁷⁵

73 BSG, Urteil vom 25.09.2001, Az.: B 3 KR 3/01 R; BSGE 89, 24.

74 EuGH DVBl. 2004, 555ff.

75 So Möschel, Welche rechtlichen Rahmenbedingungen gelten für Krankenkassen, wenn der Sicherstellungsauftrag auf die Krankenkassen übergeht?, MedR 2003, S. 133/134.

d) Auswirkungen auf den Versicherten, insbesondere auf den Sachleistungsanspruch und das Recht zur freien Arztwahl

Die Versicherten haben gegen die Krankenkasse einen Anspruch auf Krankenbehandlung, und zwar in Form eines Sachleistungsanspruchs (§§ 2 Abs. 2, 27 Abs. 1 Satz 1 SGB V). Die Krankenkassen erfüllen ihre Leistungspflicht durch den Abschluss entsprechender Verträge mit den Leistungserbringern. Diese Leistungspflicht wird im Bereich der dargestellten einzelvertraglichen Versorgungsformen nicht mehr kollektivvertraglich, sondern eben einzelvertraglich erfüllt. Das Bundessozialgericht geht davon aus, dass es sich bei dem Sachleistungsanspruch nur um ein subjektiv-öffentlich-rechtliches Rahmenrecht handelt.⁷⁶ Die nähere Ausgestaltung dieses Rahmenrechts erfolgt erst durch die Regelungen des vierten Kapitels im SGB V, insbesondere den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 92 SGB V. Bei den einzelvertraglichen Versorgungssystemen ist es im Bereich der integrierten Versorgung so, dass nach § 140b Abs. 3 Satz 1 SGB V zwingender Bestandteil des Vertrages die Verpflichtung der Ärzte zu einer qualitätsgesicherten, wirksamen, ausreichenden, zweckmäßigen und wirtschaftlichen Versorgung der Versicherten ist. Nach § 140b Abs. 3 Satz 2 SGB V haben die Vertragspartner zu gewährleisten, dass die sich aus den §§ 2 und 11 bis 62 SGB V ergebenden Leistungsansprüche der Versicherten erfüllt werden. Im Bereich der hausarztzentrierten Versorgung nach § 73b SGB V und der besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung nach § 73c SGB V wird gesetzlich bestimmt, dass mindestens die Qualitätsanforderungen des Kollektivvertragssystems einzuhalten sind.

Der Sachleistungsgrundsatz hat für den Versicherten den Vorteil, dass er für die ärztlichen Leistungen nicht zu nächst in Vorleistung gehen muss, sondern er hat aufgrund des Kollektivvertragssystems grundsätzlich zu allen Leistungserbringern freien Zugang.

76 BSGE 81, 54/57ff.

Der Patient kann jedoch bei Einzelverträgen nicht mehr frei entscheiden, zu welchem Arzt er geht, sondern er kann nur diejenigen Ärzte wählen, mit denen seine Krankenkasse Verträge geschlossen hat. Das Einzelvertragssystem beschränkt also den Patienten in seinem Recht auf freie Arztwahl stärker als das geltende Vertragsarztsystem.

Die allgemeine Handlungsfreiheit gewährt dem Patienten jedoch ein Grundrecht auf »gesundheitliche Selbstbestimmung«. Das in Art. 2 Abs. 1 GG garantierte Selbstbestimmungsrecht des Patienten hat in der gesetzlichen Krankenversicherung im Bereich der ärztlichen Versorgung seine Ausprägung in dem Prinzip der freien Arztwahl gefunden. Nach § 76 Abs. 1 SGB V können die Versicherten daher unter den zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen Ärzten grundsätzlich frei wählen. Zwar kann der Versicherte nicht uneingeschränkt sämtliche Ärzte uneingeschränkt in Anspruch nehmen. Er kann jedoch diejenigen Ärzte aufsuchen, die durch Zulassung oder Ermächtigung berechtigt sind, an der vertragsärztlichen Versorgung teilzunehmen, § 95 SGB V.⁷⁷ Innerhalb dieses Kreises bestehen natürlich weitere verfassungsrechtlich nicht zu beanstandende Einschränkungen, die sich zum Beispiel aus der Beschränkung des Arztes auf sein Fachgebiet ergeben oder zum Beispiel auch aus der Quartalsbindung nach § 76 Abs. 3 SGB V.

Die grundrechtsdogmatische Konstruktion eines Rechts auf freie Wahl der Leistungserbringer ist nur als Abwehrrecht möglich. Das bedeutet zunächst einmal, dass sich die Wahlfreiheit von vornherein nur auf die vorhandenen Einrichtungen beschränkt. Ein Recht im Sinne eines Verschaffungsanspruchs besteht nicht. Das Bundesverfassungsgericht hat in der sog. Chefarzt-Entscheidung offen gelassen, ob der Sozialversicherte aus Art. 2 Abs. 1 GG einen Anspruch auf freie Arztwahl herleiten kann, da die Regelungen des RVO (jetzt SGB V) Bestandteil der verfassungsmäßigen Ordnung seien und das Grundrecht einzuschränken vermögen. Die Wahlfreiheit be-

⁷⁷ Wigge, Ärztliche Leistungserbringung durch Einzelverträge, MedR 1996, Heft 2, S. 51/58ff.

steht allerdings immer unter dem Vorbehalt der Finanzierbarkeit der gesetzlichen Krankenversicherung.⁷⁸ Auch das Bundessozialgericht betonte bereits, dass dem Interesse des Versicherten an freier Arztwahl nur im Rahmen anderer für die Sozialversicherung gleichermaßen wichtiger Gesichtspunkte, insbesondere der Wirtschaftlichkeit, Rechnung getragen werden könne.⁷⁹ Der Versicherte hat im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung nur einen Anspruch auf ausreichende ärztliche Versorgung.⁸⁰

Die Einführung weiterer beschränkender Regelungen der freien Arztwahl steht daher unter dem Gebot der Verhältnismäßigkeit und ausreichender Berücksichtigung des Selbstbestimmungsrechts des Versicherten aus Art. 2 Abs. 1 GG.⁸¹ Sofern es sich um ein Nebeneinander der kollektivvertraglichen und der einzelvertraglichen Versorgung handelt, dürfte dies verfassungsrechtlich unproblematisch sein, da dem Versicherten die Wahlfreiheit bleibt. Im Hinblick auf Art. 2 Abs. 1 GG wäre es jedoch problematisch, wenn der Versicherte den Arzt, mit dem seine Krankenkasse einen Vertrag geschlossen hat, zu den Bedingungen die die Krankenkasse bestimmt, in Anspruch nehmen müsste und ihm keine Wahl mehr bliebe. Dies wäre dann der Fall, wenn die herkömmliche kollektivvertraglich geprägte ärztliche Versorgung gänzlich abgelöst werden würde. Das Recht der freien Arztwahl des Versicherten wäre dann in verfassungsrechtlich bedenklichem Umfang eingeschränkt, weil der Versicherte nicht einen Arzt wählen kann, mit dem seine Krankenkasse keinen Vertrag geschlossen hat.

⁷⁸ Wigge, Wahlfreiheit oder Bindung der Versicherten – Die Gliederung der haus- und fachärztlichen Versorgung aus der Sicht der Versicherten – VSSR 5/1996, S. 399/ 413f.

⁷⁹ Vgl. BSGE 21, 104/112; BSGE 58, 18/23; BVerfGE 16, 286/304.

⁸⁰ BVerfGE 16, 286/304.

⁸¹ Wigge, Wahlfreiheit oder Bindung der Versicherten – Die Gliederung der haus- und fachärztlichen Versorgung aus der Sicht der Versicherten – VSSR 5/1996, S. 399/ 416.

6 Fazit

Der durch die demographische Entwicklung und den medizinischen Fortschritt begründete finanzielle Druck im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung hat in den letzten Jahrzehnten zu zahlreichen Strukturreformen im Gesundheitswesen geführt. Diese Strukturreformen zeichnen sich insbesondere durch eine zunehmende Relativierung des vertragsärztlichen Kollektivvertragssystems aus, welches einst von den Ärzteverbänden hart erkämpft worden ist. Es lässt sich ein Systemwandel vom Kollektivvertrag zum Einzelvertrag konstatieren, denn der Gesetzgeber räumt den Krankenkassen zunehmend die Möglichkeit ein, mit den Ärzten Einzelverträge zu schließen. Mit der (teilweisen) Rückkehr zu einem solchen selektiven Vertragssystem, geht der Sicherstellungsauftrag (teilweise) auf die gesetzlichen Krankenkassen über. Die Kassenärztlichen Vereinigungen werden durch den fortschreitenden Verlust der ihnen bislang zustehenden Aufgaben sukzessive entmachtet, so dass ihre Legitimation als Körperschaft des öffentlichen Rechts und die verfassungsrechtliche Rechtfertigung der Zwangsmitgliedschaft in Zukunft immer mehr in Frage gestellt werden wird. Das System der gemeinsamen Selbstverwaltung wird verlassen. § 77c SGB V i.d.F. des GKV-WSG, der den Kassenärztlichen Vereinigungen die Möglichkeit der Gründung von Dienstleistungsgesellschaften einräumt, bereitet die Kassenärztlichen Vereinigungen auf ihre Primärfunktion als Abrechnungsstellen vor.

Für niedergelassene Ärzte bringt ein Einzelvertragssystem nicht unerhebliche Risiken mit sich. Die Versagung der Zulassung des Arztes zu einem Einzelvertrag muss nicht – wie im Kollektivvertragssystem bei einheitlicher Zulassung – den sachlichen Anforderungen einer objektiven Zulassungsbeschränkung entsprechen, weil trotz der Versagung nach wie vor eine anderweitige Berufsausübung möglich ist. Geprüft wird nur, ob die Nichtzulassung nach sachlichen Kriterien erfolgt. Maßstab hierfür ist in verfassungsrechtlicher Hinsicht Art. 12 Abs. 1 GG iVm Art. 3 Abs. 1 GG und nicht mehr Art. 12

Abs. 1 GG. Grundrechtsdogmatisch verändert sich der Zulassungsanspruch daher in einen schwächeren Teilhabeanspruch.

Eine Bindung der Krankenkassen an die nationalen kartellrechtlichen Vorschriften als marktbeherrschende Unternehmen besteht nach dem geltenden Recht nicht. Dies ändert sich jedoch mit der Neufassung des § 69 SGB V durch das GKV-WSG i.d.F. der Br.-Drucks. 75/07 vom 02.02.2007, wonach die §§ 19 bis 21 GWB anwendbar sein sollen, es sei denn, die Krankenkassen sind zum Vertragsschluss verpflichtet und eine Schiedsamsregelung gilt. Wie auch die Entwicklung im Zusammenhang mit der Einführung von sog. Rabattverträgen zwischen der pharmazeutischen Industrie und den Krankenkassen nach § 130b SGB V zeigt, wird die Nichtanwendbarkeit des nationalen Kartell- und Wettbewerbsrechts im Rahmen eines Einzelvertragssystems in der GKV weder rechtlich noch tatsächlich weiterhin durchführbar sein. Dies gilt insbesondere vor dem Hintergrund einer vor Art. 3 Abs. 1 GG zu rechtfertigenden Auswahlentscheidung, die ohne eine ordnungsgemäße Ausschreibungsverfahren kaum Bestand haben dürfte.

Die durch ein Einzelvertragssystem bedingte Einschränkung des Rechts der Versicherten auf freie Arztwahl ist an Art. 2 Abs. 1 GG zu messen. Die Einführung beschränkender Regelungen der freien Arztwahl stehen unter dem Gebot der Verhältnismäßigkeit und ausreichender Berücksichtigung des Selbstbestimmungsrecht des Patienten. Eine ausschließlich über Einzelverträge sichergestellte ambulante Versorgung ist verfassungsrechtlich daher nur zulässig, wenn sie nicht mit einer unzulässigen Einschränkung der Versichertenrechte nach Art. 2 Abs. 1 GG einhergeht.

| 5 Ausblicke

| 5.1

Wer macht die Arbeit, wenn nicht die KV? Die POLIKUM-Perspektive

Dr. Felix Cornelius

Der Eindruck drängt sich auf, dass die KV zur Disposition steht. Das vorliegende Buch allein ist Beleg dafür. POLIKUM nimmt zu dieser Fragestellung eine pragmatische Haltung ein. Die KV wird allein am Grad der Erfüllung der ihr obliegenden Aufgaben bewertet. Hier interessiert also ganz konkret, was an der KV aus praktischer Sicht zu kritisieren ist. Wo Kritik formuliert wird, werden Lösungsansätze diskutiert, die aus Sicht von POLIKUM praktikabel sind. Das heißt vor allem: Was die KV seit vielen Jahrzehnten tut, muss von einer alternativen Partei mindestens ebenso gut erledigt werden. Ansonsten wären die etablierten Prozesse in der alltäglichen ambulanten Versorgung gefährdet. Das kann sich das POLIKUM, ein integriertes Haus mit 40 angestellten Ärzten aller Fachrichtungen, nicht erlauben. Es wäre auch in der Breite der Versorgung das falsche Signal.

Die folgenden Überschriften widmen sich jeweils einer der besonders prominenten Aufgaben der KV. Aufgaben, an denen POLIKUM ein direktes Interesse hat und unmittelbar betroffene Partei ist. Jeder der folgenden vier Abschnitte ist weiter unterteilt in a) eine subjektive Beschreibung der Aufgabe, b) die aus der Sicht von POLIKUM berechnete, wichtigste Kritik, c) die POLIKUM-Perspektive und d) Vorschläge konkreter Alternativen.

Aufgabe 1: Sicherstellung der ambulanten Versorgung

Die Aufgabe in Kürze

Der Staat hat an die KV die Durchsetzung des politischen Ziels delegiert, seinen Bürgern unabhängig vom Wohnort eine angemessene medizinische Versorgung zuzusichern.

Die KV bedient sich hierzu zweier Mittel: Erstens ist Deutschland in Zulassungs-Planungsbezirke aufgeteilt. Die Logik: Wo eine Fachrichtung in einem Bezirk angesiedelt ist, ist für die Sicherstellung unwichtig. Zweitens wurden die Begriffe der Über- und der Unterversorgung etabliert. Die Logik: Es wird ein »richtiges« Verhältnis angenommen zwischen Anzahl Menschen und Anzahl Fachärzte.

Berechtigte Kritik

- ▶ Dort, wo gemäß der Logik der KV Unterversorgung herrscht, wird sie durch die Existenz der KV nicht beseitigt.
- ▶ Da die KV die Bedarfsplanung exekutiert, ist im Grunde nicht einzusehen, wie es zu Überversorgung kommen kann. Begründet wird das gern mit »historischen« Effekten. Doch auch in der Vergangenheit war die KV Herrin der Sicherstellung. Die Verantwortung für die Zulassung von Überversorgung liegt also bei ihr.
- ▶ Die Festlegung der Verhältniszahlen (Einwohner pro Fachrichtung), wirkt über weite Strecken willkürlich. Wie ist bspw. zu erklären, dass sich die Anzahl der Anästhesisten von 1995 bis 2004 bei ungefähr gleich bleibender Bevölkerungszahl von 1.297 auf 2.633 mehr als verdoppelt hat? In den Kernstädten der großen Verdichtungsräume (Typ I) soll ein Radiologe gemäß den Bedarfsplanungs-Richtlinien für Ärzte 25.533 Einwohner versorgen. In den ländlichen Regionen mit Verdichtungsansätzen (Typ 7) sind es 156.813 Einwohner.⁸²
- ▶ Die Konzepte der Über- und der Unterversorgung sind klassische Instrumente der Planwirtschaft. Sie ziehen deshalb alle Probleme mit sich, die dieser Wirtschaftsform innewohnen: hohe Ineffizienz, geringer intrinsischer Anreiz zur Leistungsoptimierung, hohe Neigung zu inkonsistenten, »historisch« begründeten Strukturen.
- ▶ Das von der KV parallel zur Sicherstellung eingesetzte Mittel der Zulassungsbeschränkung in so genannten

⁸² Quelle: KBV

übersorgten Gebieten steht zum Ziel der Sicherstellung im Widerspruch. Denn je mehr Niederlassung, desto sicherer die Versorgung.

Die POLIKUM-Perspektive

Provokativ und praktisch formuliert: Nicht die KV stellt Versorgung sicher, sondern der unternehmerische Arzt. POLIKUM ist bspw. Teil der Sicherstellung. Mit 40 Ärzten in Berlin-Friedenau wird ein beträchtlicher Beitrag dafür geleistet, dass in einer Region von ca. 160.000 Einwohnern eine hochwertige ambulante Versorgung sichergestellt ist. Dies ist kein Verdienst der KV.

Hinzu kommt, dass die Annahme, allein durch die Niederlassung sei Versorgung sichergestellt, nicht ausreicht. Wesentliche Aspekte der Sicherstellung bleiben so unberücksichtigt, bspw.

- ▶ eine gleich bleibend hohe Versorgungsqualität; die KV sichert nur wenige Qualitätsparameter, diese meist statisch; ungeregelt ist bspw. die Sicherstellung der Abstimmung der Ärzte untereinander (Transparenz) und die Modernität der Praxisausstattung;
- ▶ eine zeitlich unbeschränkte Versorgung; die KV kennt nur schwache Vorschriften bezüglich der Öffnungszeiten und dem persönlichen Engagement der niedergelassenen Ärzte; diese Aspekte sind aber in Bezug auf eine vertiefte Interpretation des Begriffs der Sicherstellung von großem Interesse.

Passend zum Thema Zulassungsbeschränkung: Für einen Arzt wäre es hoch riskant, wenn er sich in einem Gebiet niederließe, in dem wirkliche Überversorgung herrscht. Dort hätte er es nämlich sehr schwer, die zur Aufrechterhaltung seiner Praxis nötige Zahl von Patienten zu gewinnen. Überversorgung heißt also: starker Wettbewerb. Daraus folgt: Wenn die Niederlassung in einem solchen Gebiet ein wirtschaftlicher Erfolg ist, wird die Qualität aus Patientensicht besser sein. Ein solcher Konkurrenzdruck würde den Zielen der KV in Hinblick auf die zusätzlichen Aspekte der Sicherstellung also dienen!

Konkrete Alternative

Die Niederlassung ist für den Arzt grundsätzlich eine attraktive berufliche Option. Der Großteil des Sicherstellungsproblems wird sich deshalb stets automatisch durch den Markt erledigen. Wo Nachfrage existiert, da wird es in der Regel auch ein Angebot geben.

Grundsätzlich gilt das auch für die viel zitierte Uckermark. Dort ist das Angebot aller Dienstleistungen geringer, als in der Großstadt. Aber auch in Templin gibt es einen Bäcker, eine Tankstelle und einen Arzt – ganz ohne zentral organisierte Sicherstellung.

Die Sicherstellung ist also ein Thema für die Ausnahme von der Regel. Ein alternativer Lösungsvorschlag lautet wie folgt:

- ▶ Voraussetzung ist zunächst eine eindeutige politische Klarstellung bzw. Definition, wann ein Sicherstellungsproblem vorliegt.
- ▶ Auf Basis dieser Definition sollte (ebenfalls politisch-zentral) Unterversorgung erhoben werden, etwa durch die jährliche Publikation eines Atlas der Unterversorgung. Allein dadurch würde ein Anteil der Unterversorgung obsolet, weil ein solcher Atlas unternehmerisch tätigen Ärzten als Anhaltspunkt für eine ökonomisch lohnenswerte Niederlassung dienen würde.
- ▶ In Regionen, in denen sich Unterversorgung dauerhaft manifestiert, schreibt der Staat einen Versorgungsauftrag aus. Zunächst wird ein Höchstbetrag festgelegt, der dem medizinischen Generalübernehmer für die Versorgung zusätzlich zur regulären Vergütung zur Verfügung steht. Es können sich Anbieter bewerben, die sich zur operationalen Übernahme der Sicherstellung verpflichten. Das Auswahlverfahren erfolgt in Form einer reverse auction. Mit jedem neuen Gebot muss also der bisherige Höchstpreis unterboten werden.
- ▶ Die Gelder, die auf diesem Wege zur Sicherstellung aufgewendet werden, werden der Gesamtvergütung entnommen. Das ist gewissermaßen der Preis des politischen Willens zur Steuerung.

Wesentlich an diesem Vorschlag sind die Aspekte: Förderung von Wettbewerb, Lokalisierung statt Generalisierung des Problems, Transparenz und Einheitlichkeit. POLIKUM würde sich an einem solchen Verfahren regelmäßig beteiligen.

Aufgabe 2: Honorarverteilung

Die Aufgabe in Kürze

Mit den für den ambulanten Sektor vorgesehenen Versicherungs-«Prämien» kann die GKV weder Gewinn noch Verlust machen. Das Prinzip lautet: Was eingenommen wird, wird im selben Zeitraum auch wieder ausgegeben.

Der KV kommt die operative Seite dieser Aufgabe zu: die Honorarverteilung. Damit ist sie Dienerin zweier Herren. Gegenüber den Kassen muss sie darauf achten, dass nur ausgegeben wird, was »im Topf« ist; gegenüber den Ärzten ist sie den Zielen der Ausgewogenheit und Angemessenheit verpflichtet.

Berechtigte Kritik

Zur Illustration der Hauptkritik zunächst eine starke Vereinfachung: Die KV könnte sich die Aufgabe der Honorarverteilung leicht machen; sie könnte jedem niedergelassenen Arzt dieselbe Summe zahlen – Höhe der Gesamtvergütung geteilt durch die Zahl der niedergelassenen Vollzeit-Ärzte, bei angemessener Gewichtung der Fachrichtungen gemäß dem jeweils nötigen technischen Aufwand.

Diese Sicht macht deutlich:

- ▶ Wenn alle Niedergelassenen gleich gut und gleich erfolgreich wären, wäre jeder zusätzliche Differenzierungsaufwand bei KV und Ärzten überflüssig, denn das Ergebnis wäre gleich. Weil die KV in vielen Aspekten ihrer Politik im Grunde annimmt, dass alle Fachärzte gleich bemüht, gleich gut und effektiv sind, setzt sie sich also grundsätzlich dem Verdacht der Ineffizienz aus. Besonders problematisch ist, dass die KV die Prozesse zur Durchsetzung der Differen-

zierung nicht alleine trägt. Der oft beklagte »bürokratische Aufwand« auf Seiten der Ärzte ist Folge dieses Problems.

- ▶ Von der Gleichverteilung der Gelder sieht die KV nur deshalb ab, weil es faktisch ungleiche Leistungsniveaus der Ärzte gibt. Mit dieser Festlegung bekennt sich die KV zum Leistungsprinzip. Mit zwei Aspekten ihres Handelns widerspricht die KV diesem Prinzip aber sogleich wieder: a) Sie belohnt hohe Leistung nur bis zu einem gewissen Grad. Individualbudgets beschränken die Leistung – sie dienen damit automatisch als Korrektiv in Richtung Gleichverteilung! b) Sie bewahrt traditionelle Besitzstände, indem sie unterschiedlich hohe Individualbudgets zulässt. Das ist aber weder durch den sozialen Anspruch (in Richtung Gleichverteilung) noch durch das Leistungsprinzip (in Richtung Äquivalenz von Leistung und Vergütung) gedeckt.

Die Kritik an der KV-Abrechnung bezüglich der Abrechnung über (EBM-)Punkte anstelle von Euro und Cent soll hier nicht vertieft werden, denn dafür ist die KV nicht zu belangen. Eine Vergütung von Leistungskomponenten mit festen Preisen ist nämlich mit dem Prinzip der Verteilung einer vorgegebenen Gesamtvergütung nicht vereinbar.

Die POLIKUM-Perspektive

Investitionen in der Größenordnung, die für das POLIKUM Friedenau nötig waren, werden durch unsichere Einkünfte erheblich erschwert. Problematisch ist vor allem, dass die Höhe der Einkünfte nicht allein von der eigenen Leistung bzw. dem eigenen Erfolg bestimmt ist. Gedeckelte Budgets und variable Punktwerte erschweren die Investition erheblich.

Der Kern des Problems liegt außerhalb der Einflussmöglichkeit der KV. Diese steht deshalb nicht im Fokus der Kritik. Es ist politisch (noch) nicht gewollt, das Abrechnungssystem umzustellen. Erst wenn dieses System bewirken würde, dass Leistungsausweitung im Ergebnis beschränkt ist – das Phänomen der sog. angebotsinduzierten Nachfrage gilt als eines der Hauptschwernisse bei der Lösungsfindung –, könnte die KV

sich auf die Abrechnung konzentrieren. In der Wahrnehmung der Funktion einer Clearing-Stelle zwischen den ambulanten Leistungserbringern und den gesetzlichen Krankenkassen liegt auch in Zukunft ein nahe liegendes Betätigungsfeld der KVen. Auch POLIKUM würde darauf mit großer Wahrscheinlichkeit zurückgreifen.

Konkrete Alternative

Wie oben angedeutet, liegt der Schwerpunkt der Alternative nicht in der Modifikation der Arbeit der KV, sondern in der Veränderung der Bedingungen, unter denen die KV arbeitet. Die Ursache des Problems der angebotsinduzierten Nachfrage ist, dass im Verhältnis von Arzt und Patient niemand finanziell von geringeren Kosten profitiert. Wo dieses Interesse bspw. auf Seiten des Patienten fehlt, hat der Arzt gute Aussichten, ein möglicherweise vorhandenes Interesse an Leistungsausweitung umzusetzen.

Zwei Lösungsansätze bieten sich an:

► Pauschalisierte Vergütung

Wird die Behandlung eines Patienten weitgehend pauschal vergütet, hat der Arzt einen finanziellen Vorteil, wenn er geringe Aufwendungen generiert.

Schwierigkeit Nr. 1: Je »pauschaler« eine Vergütungsregelung erfolgt, desto bedeutsamer wird die Einschränkung der freien Arztwahl, etwa in Form einer Wahlpflicht des Patienten. Wenn dem Patienten weiterhin die freie Wahl von drei unterschiedlichen Augenärzten am Tag ermöglicht werden soll, ist eine pauschalisierte Vergütung praktisch unmöglich.

Schwierigkeit Nr. 2: Die Höhe der pauschalen Vergütung muss sich an der Wahrscheinlichkeit des Patienten bemessen, Kosten zu verursachen, also krank zu werden. Über das Verfahren einer angemessenen Bewertung dieser Morbidität ist politisch noch kein Konsens erzielt worden. POLIKUM setzt sich dafür ein, die Einigung über ein Morbiditäts-Berechnungsverfahren an den Anfang der politischen Festlegungen zu stellen. Jedes Verfahren ist

besser, als die Fortsetzung des bisherigen RSA. Bezüglich der Pauschalvergütungen bereitet POLIKUM große IV-Verträge vor, die auf bilateraler Ebene mit den GKV eine Pauschalregelung mit Budgetverantwortung vorsehen. Für die Abrechnung kann POLIKUM sich die KV gut als Partnerin vorstellen – eventuell auch als Vertragspartnerin, stellvertretend für POLIKUM gegenüber der GKV.

- Beteiligung der Patienten an Kosten bzw. Einsparungen
Die Entwicklung der Kosten in der Zahnmedizin nach Einführung hoher Eigenbeteiligungen zeigt, wie einfach sich das Problem der Kostenexplosion lösen ließe. Dass dieses Thema eine so starke politische Sensibilität hat, ist sachlich nicht nachvollziehbar. Eine Selbstbeteiligung in einem nach oben beschränkten Umfang – selbstverständlich favorisiert auch POLIKUM sozial ausgewogene Obergrenzen – ist jedem mündigen Menschen zumutbar. Schon der Unterschied zwischen der günstigsten und der teuersten GKV in Berlin (als Beispiel) macht 2 Prozentpunkte aus. Selbst bei einem geringen Bruttoeinkommen von monatlich 1.000 Euro entspricht dieser Unterschied 20 Euro. Nach Einschätzungen von POLIKUM verzichten in Berlin geschätzt etwa 30 Prozent der Versicherten freiwillig auf diesen finanziellen Vorteil.

Aufgabe 3: Zulassung & Qualitätssicherung

Die Aufgabe in Kürze

Der Prozess der vertragsärztlichen Zulassung – eine zentrale Aufgabe der KV als Partei im Zulassungsausschuss – beinhaltet die Überprüfung hoher Qualitätsanforderungen an den Facharzt.

Die KV setzt diese Aufgabe im Verlaufe der Zulassung fort. Anhand vieler Faktoren, die sich auf den Prozess der ambulanten Leistungserbringung beziehen, stellt die KV ein hohes Maß an Qualität sicher. Sie ist damit der verlängerte Arm des politischen Willens, der Bevölkerung bezüglich der medizinischen Versorgung flächendeckend Sicherheit zu geben.

Berechtigte Kritik

Hier hält sich die Kritik in den Augen von POLIKUM in Grenzen. Natürlich ist es fragwürdig, dass bei der Vergütung etwa von Sonographieleistungen unerheblich ist, welche Standards das zum Einsatz kommende Gerät erfüllt – das Alter des Gerätes bleibt bspw. unberücksichtigt. Solche Kritik lässt sich allerdings nie ganz vermeiden, wenn eine zentrale Einrichtung, gegliedert in 17 Regionalvertretungen, über das Walten von 118.000 niedergelassenen Ärzten in 93.000 Praxen wachen soll. Den Möglichkeiten der Qualitätssicherung sind hier pragmatische Grenzen gesetzt.

Die POLIKUM-Perspektive

Die Festlegung und Überwachung von Richtlinien an die Qualität, deren Einhaltung die jeweilige Praxis unabhängig von anderen Praxen bestimmen kann, wird von POLIKUM begrüßt. Diese Richtlinien umfassen beispielhaft die Vorlage fachärztlicher Qualifikationen, die Einhaltung hygienischer Standards, das Angebot einer gewissen Mindestzahl und -qualität medizinischer Geräte oder die Wahrnehmung einer regelmäßig hohen Zahl von Fortbildungsveranstaltungen.

Konkrete Alternative

Wenn die Möglichkeit der Zulassungsbeschränkung durch die KV entfällt, braucht es zur Funktion der KV keine Alternative. Das größte Hindernis zur Gewährleistung hoher Qualität ist mangelnde Transparenz der ärztlichen Tätigkeit. Dass der Arzt im POLIKUM weiß, dass seine gesamte Dokumentation in der zentralen Akte gespeichert ist und damit im eingeschränkten Kreis der Kollegen bekannt ist, ist ein Garant für eine spürbar verbesserte Sorgfalt und Abstimmung der medizinischen Tätigkeit.

Als Appell an die Politik wäre zu ergänzen, dass ein effektiver Wettbewerb unter den Niedergelassenen der Qualität förderlich ist. Wichtig ist folgendes: Je höher der Patient mit seiner Arztwahl auch die finanzielle Situation der Praxis bzw. des

MVZ beeinflusst (positiv und negativ!), desto stärker wird die Bereitschaft der Praxisbetreiber sein, Qualität zu erzeugen und dem Patienten – und damit allen! – offenzulegen.

Aufgabe 4: Vertretung der Niedergelassenen

Die Aufgabe in Kürze

Die KV handelt als Organ der Selbstverwaltung in Vertretung der niedergelassenen Ärzte. Damit übernimmt sie außer den vorgenannten Aufgaben immer auch die generelle, themenübergreifende Funktion der allgemeinen Interessensvertretung. Es ist nahe liegend, diesen Aspekt der KV mit der Funktion einer Gewerkschaft zu vergleichen, die für die Interessen ihrer Mitglieder eintritt.

Berechtigte Kritik

Im Kern widersprechen sich die allgemeine Interessensvertretung und viele der im generellen gesamtgesellschaftlichen Interesse stehenden Aufgaben der KV. Am deutlichsten wird das in der Diskussion um einen verstärkten Wettbewerb. Denn natürlich bewirkt Wettbewerb stets Chancen und Risiken zugleich. Auch wenn die Mehrheit gewinnen wird, so wird es in jedem Wettbewerb auch Verlierer geben. Dieser Realität mag sich die KV noch nicht überall stellen.

Die Erfahrung mit vielen KVen zeigt, dass der Vorstand, von den Niedergelassenen demokratisch gewählt, in der Regel in eine Richtung entscheidet, von der die im Wettbewerb schwächeren Ärzte überproportional profitieren. Die Einführung von Individualbudgets sei als Beispiel genannt – man könnte ja aufkommensneutral auch ein Verfahren ohne Budgets wählen, bei dem die Gesamtvergütung pro Quartal durch die Zahl der abgerechneten Punkte dividiert wird. Dadurch würden Chancen und Risiken verstärkt.

Die POLIKUM-Perspektive

POLIKUM bündelt eine nicht unerhebliche Angebotsmacht. Manche der benachbarten niedergelassenen Kollegen sehen darin ein Risiko. Das ist objektiv begründet, weil POLIKUM einfach durch das verbesserte Rahmenangebot für eine gewisse Abwanderung von Patienten hin zum POLIKUM sorgt, selbst wenn – was POLIKUM sehr aktiv tut! – alle Patienten, die auf Überweisung ins POLIKUM kommen, aktiv zurück zu ihrem (Haus-)Arzt überweist.

Die KV interpretiert Interessensvertretung bislang in einem Sinne, der einen solchen im Grund normalen Wettbewerbskonflikt nicht gutheißt. Während POLIKUM also die übrigen Aufgaben der KV generell befürwortet, ist die Funktion der zentralen Interessensvertretung erst dann für POLIKUM sinnvoll, wenn sich eine Wettbewerbskultur gebildet hat. Als Vergleich kann die DFL Deutsche Fußball Liga GmbH dienen. Sie vertritt die Interessen aller deutschen Ligavereine nach außen, allerdings auf Basis eines Wettbewerbs-Selbstverständnisses. Natürlich ist im Fußball der Wettbewerb Gegenstand und damit Teil der Kultur des Miteinanders – dennoch tritt die DFL sehr effektiv für die Interessen ein, die außerhalb des Wettbewerbs stehen. Dieser Aspekt könnte auch für die KV als Vorbild dienen.

Konkrete Alternative & Fazit

Der beschriebene Konflikt zwischen dem aktuellen Verständnis von Interessensvertretung und den eigentlichen Hauptaufgaben der KV wird gelöst, wenn die KV als derjenige, der die Aufgaben übernimmt, nicht mehr nötig ist.

Hier ist allerdings zu unterscheiden zwischen den Aufgaben, die die KV für den niedergelassenen Arzt übernimmt – Abrechnung bzw. Honorarverteilung und Interessensvertretung seien genannt – und den quasi-hoheitlichen Aufgaben, die von der KV im Auftrag der Gemeinschaft/des Staates wahrgenommen werden. In diese Kategorie fallen die Sicherstellung und die Qualitätssicherung.

Wo die KV dem Arzt nutzt, wird er auch freiwillig auf sie zugreifen – wenn sie ihre Leistungen in Qualität und Preis angemessen erledigt. Die Sicherstellung im oben beschriebenen Sinn steht nicht im Widerspruch zu der Interessenvertretung. Auch diese Aufgabe könnte also weiterhin von den KVen koordiniert werden.

Lediglich die Qualitätssicherung bleibt kritisch. Sie vertritt sich nicht mit dem Selbstverständnis einer »Vertretung der Schwachen«. Auch das könnte man der KV allerdings überlassen, wenn sie eine Wettbewerbskultur schafft. Die Entwicklung hierzu könnte gefördert werden, wenn die KV sich bezüglich der Regeln, die sie den eigenen Mitgliedern auferlegt (Qualität gehört dazu), einer staatlichen Kontrolle unterziehen müsste.

Zusammengefasst kann die KV also auch in Zukunft die folgenden Aufgaben für die niedergelassenen Ärzte übernehmen:

- ▶ Verteilung der Honorare, die nicht über Direktverträge ausgeschüttet werden → Vergütung durch eine Gebühr von allen Mitgliedern der KV
- ▶ Abrechnung von Honoraren, die über Direktverträge vereinbart werden, als individuelle Service-Leistung → Vergütung durch eine Gebühr pro Vertragsteilnehmer
- ▶ Interessensvertretung in einem quasi-gewerkschaftlichen Sinne → Vergütung durch eine Gebühr von allen Mitgliedern der KV

Weiterhin kann die KV auch bei freiwilliger Mitgliedschaft Aufgaben im Auftrag des Staates übernehmen:

- ▶ Organisation von Ausschreibungsverfahren zur Sicherstellung → Vergütung durch eine Gebühr von den Gewinnern der Ausschreibungen
- ▶ Überwachung der Basisqualität aller Niedergelassenen, auch und vor allem in den Sicherstellungsgebieten → Vergütung durch eine Gebühr vom Staat

Weitere Aufgaben sind vorstellbar, die sich auf die Erstellung und Kontrolle der Spielregeln eines geordneten Wettbewerbs erstrecken würden; Vorschläge:

- ▶ Allgemeine Überwachung des Wettbewerbs, vergleichbar etwa einer Kartellbehörde
- ▶ Festlegung und individuelle Bewertung von Morbidität als Basis für Budgetbereinigungen

Auch diese Leistungen sollten durch staatliche Gebühren finanziert werden. Durch die Trennung der Finanzierung der Leistungen für den einzelnen Arzt von den Leistungen für die Gemeinschaft als Ganze ist es möglich, die individuellen Leistungen auch von alternativen Institutionen einzukaufen, die mit der KV im Wettbewerb stehen.

| 5.2 Zukunftsperspektiven für die Sicherstellung der medizinischen Versorgung

Dr. Klaus Meyer-Lutterloh

Es gibt viele Gründe, die Sicherstellung der medizinischen Versorgung zu hinterfragen. So geht der reale prozessorientierte Versorgungsbedarf insbesondere der chronisch Kranken und multimorbiden Patienten über Fach- und Sektorengrenzen hinweg. Der traditionelle allgemeine Sicherstellungsauftrag, der gemäß § 72 Abs. 1 SGB V insbesondere den Kassenärztlichen Vereinigungen bzw. den Ärzten, Zahnärzten, Psychotherapeuten und Medizinischen Versorgungszentren im Zusammenwirken mit den Krankenkassen obliegt und sich nur auf die ambulante Versorgung im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung bezieht, mag in der Vergangenheit seine Berechtigung gehabt haben, greift inzwischen aber zu kurz. → Abb. 1

Seit 1997 sind durch die Sozialgesetzgebung in zunehmendem Maße Möglichkeiten geschaffen worden, neue Versorgungsstrukturen zu etablieren und Versorgungsverträge auch im Einzelvertragssystem abzuschließen. Mit der im Jahre 2004 liberalisierten Musterberufsordnung für Ärzte, mit dem Vertragsarztrechtsänderungsgesetz (VÄndG) und zum Teil auch mit Regelungen des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes (GKV-WSG) sind weitere Voraussetzungen für eine Vielzahl von Varianten neuer Versorgungsformen im Gesundheitswesen entstanden (Abbildungen 1). Gesetzliche Krankenversicherungen können auf Grund der neuen Gesetzgebung unterschiedliche Präferenzen der Versicherten berücksichtigen und ihnen Wahltarife anbieten. Kombinationen aus Wahlтарifen und differenzierteren Versorgungsstrukturen werden die Vielfalt und Wahlmöglichkeiten für Versicherte in Gesundheitsmarkt vermehren.

Gesetzgebung der letzten 10 Jahre

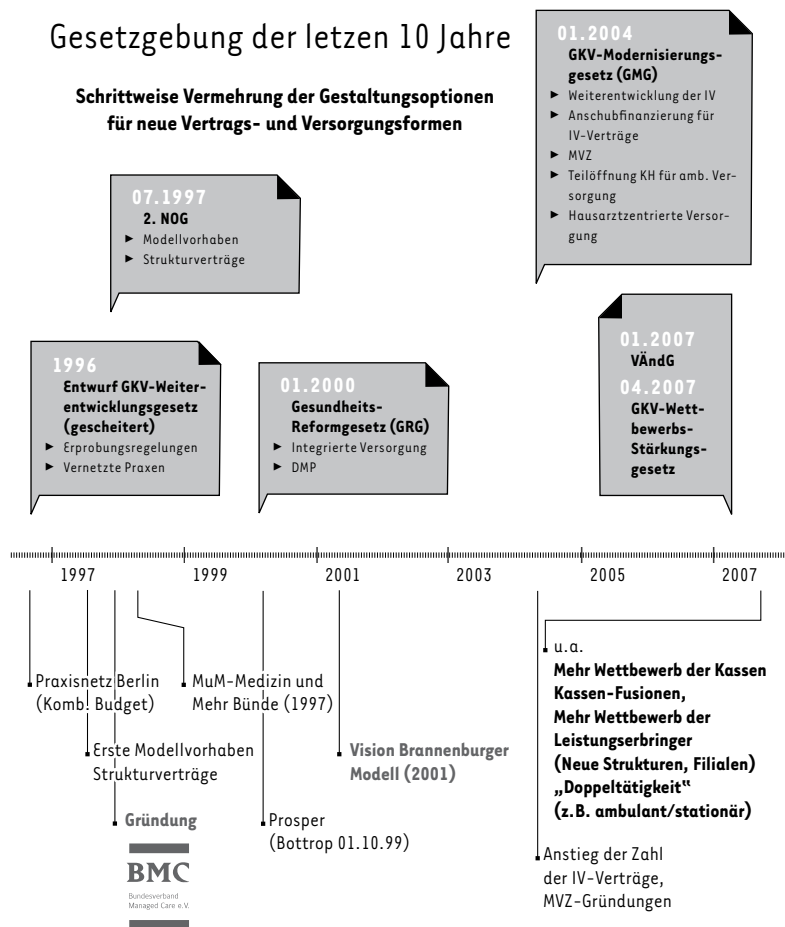
Schrittweise Vermehrung der Gestaltungsoptionen
für neue Vertrags- und Versorgungsformen

Abb. 1

Mit inzwischen über 3000 Verträgen zur integrierten Versorgung und mehr als 500 medizinischen Versorgungszentren zeigt sich ein Trend, die Gesundheitsversorgung in neuen Strukturen kooperativ sowie auch sektorübergreifend, überregional und in Haupt- und Filialbetriebsstätten zu organisieren

und dabei ganz oder teilweise das Versorgungsmanagement zu übernehmen. → Abb. 2 (folgende Seite)

Die Komplexität der Versorgungsangebote und neuer unternehmerischer Strukturen, auch größerer Einheiten, wird also zunehmen. Das Leistungsgeschehen wird durch gezielte Anreize und differenzierte Vergütungsformen gesteuert werden. Transparenz sowie Nachweis der Qualität und des Nutzens der Angebote werden in Verbindung mit professioneller Kommunikation entscheidende Faktoren für die Inanspruchnahme durch Versicherte und Patienten darstellen.

In einer Studie der HypoVereinsbank aus dem Jahre 2003 »Gesundheitsmarkt 2013« wird die Tendenz wie folgt beschrieben: »Der Gesundheitsmarkt ist auf die vielfältigste Art und Weise in Bewegung und verspricht in den nächsten Jahren sowohl viele neue Produkte und Dienstleistungen als auch eine veränderte Nachfragestruktur.« Es ist anzunehmen, dass sich diese Entwicklung weiter fortsetzen wird und dass die Versorgung der Zukunft zunehmend durch kooperative Anbieterstrukturen mit einem professionellen Management erfolgen wird. Auch spricht einiges dafür, dass die Zukunftsprognosen einer Studie von Ernst & Young »Gesundheitsversorgung 2020« Realität werden: »Den Kern der Leistungen stellen große Netze von Leistungsanbietern dar«; und: »Die Anbieter von Versorgungsnetzen verfügen über strategische Plattformen, die Visionen, Werte sowie messbare strategische Zielsetzungen transparent machen und sicherstellen, dass alle operativen Entscheidungen die definierten Ziele erfüllen.«

Der Sicherstellungsauftrag kann nicht isoliert von der Organisation der medizinischen Versorgung betrachtet werden

Der Sicherstellungsauftrag der KVen wird durch diese Entwicklungen zunehmend komplexer, teilweise »durchlöchert« und dadurch schwieriger zu handhaben. Es stellt sich insofern die Frage, ob Kassenärztliche Vereinigungen auch in Zukunft noch ihre herkömmliche Rolle spielen können, sollen oder wollen. Bezogen auf das Thema dieses Beitrages heißt

das mit anderen Worten: Ist die Sicherstellung einer bedarfsgerechten, gleichmäßigen, dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechenden, wirtschaftlichen, zweckmäßigen und flächendeckenden Versorgung auch ohne Kassenärztliche Vereinigungen denkbar und möglich?

Zunahme der Versorgungsstruktur-Vielfalt

Die Vielfalt der Versorgungsstrukturen wird infolge des VÄndG und GKV WSG weiter zunehmen. Für die KVen wird es immer schwieriger, ihre gesetzlich verordneten Aufgaben zu erfüllen.

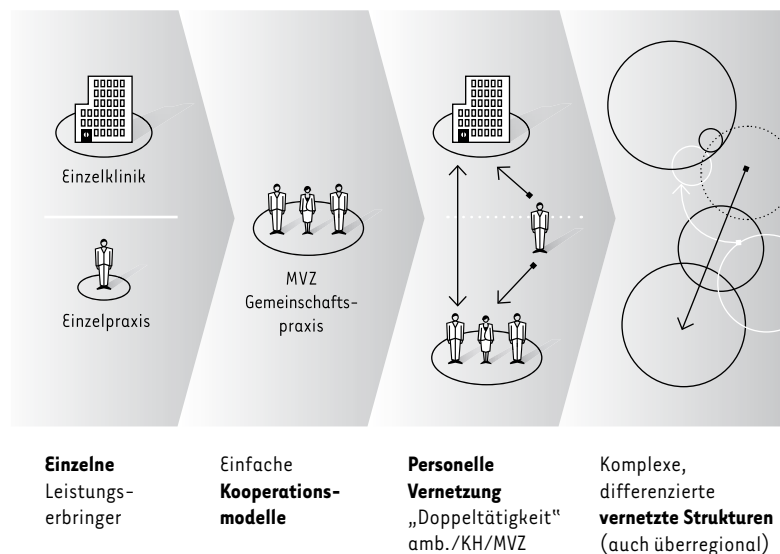


Abb. 2

Das Gutachten des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen von 2005 kommt zu dem Ergebnis (Nr. 110, Seite 107), dass es »keine gesamtwirtschaftlichen Aspekte« dafür gibt, »die korporative Koordination und mit ihr die KVen abzuschaffen«. Vielmehr solle »über eine stärkere Gewichtung dezentraler Wettbewerbsprozesse« der Tendenz entgegengewirkt werden, »dass die korpo-

orative Koordination bzw. die sie tragenden Organisationen effizienz- und effektivitäts- bzw. qualitätssteigernde innovative Prozesse ver- oder behindern.« Hierzu biete es sich an, »dezentrale Wettbewerbsprozesse in einen kollektiv-rechtlichen Rahmen einzubinden. Innerhalb dieses Rahmens können die Krankenkassen mit den Leistungsanbietern dann selektive Verträge schließen, die u. a. andere Versorgungsformen, höhere Qualitätsstandards und auch abweichende Vergütungsformen vorsehen. Den Leistungserbringern steht es zwar frei, im »kollektiven Rahmen« zu bleiben, was aber auf Dauer mit deutlichen ökonomischen Einbußen einhergehen kann. Die durch dezentrale Wettbewerbsprozesse entstandenen Versorgungsnetze stehen somit sowohl untereinander als auch mit dem übrigen bzw. kollektivvertraglichen System in Konkurrenz. Im Rahmen dieses Wettbewerbsprozesses sollte die Versorgungsqualität darüber entscheiden, ob und wie zügig der Anteil an der Versorgung wächst, den dezentrale Wettbewerbsprozesse einnehmen.«

In Anlehnung an diese Sichtweise stellt die Abbildung 3 schematisch das mögliche Nebeneinander von Vertragsformen dar, bei dem selektive Verträge sowohl innerhalb als auch außerhalb des kollektivvertraglichen Rahmens entstehen können und dabei schrittweise die herkömmliche Versorgung im kollektivvertraglichen Rahmen verdrängen. → Abb. 3 (folgende Seite)

Mehr Wettbewerb statt Monopolstellung der Kassenärztlichen Vereinigungen?

Während sich die Mehrheit der Mitglieder des Rates gegen eine radikale Systemänderung ausspricht, vertritt ein nicht genanntes einzelnes Mitglied des Rates allerdings die Meinung (Nr. 84, Seite 86 des Gutachtens von 2005), »dass die derzeitigen Aufgaben der Kassenärztlichen Vereinigungen durch mehr Wettbewerb besser gelöst werden könnten. Die ambulante Versorgung in Deutschland würde dadurch in Bezug auf Finanzierung, Qualität, Integration mit der stationären Versor-

gung und auch Wahrnehmung der Patienteninteressen wahrscheinlich verbessert werden. Die Begründung: »Die derzeitige Monopolstellung der Kassenärztlichen Vereinigungen bezieht sich auf die Verhandlungs- und Vertretungsmacht gegenüber den Krankenkassen. Hinzu kommt das Distributionsmonopol des Verhandlungsergebnisses.«

Szenario:

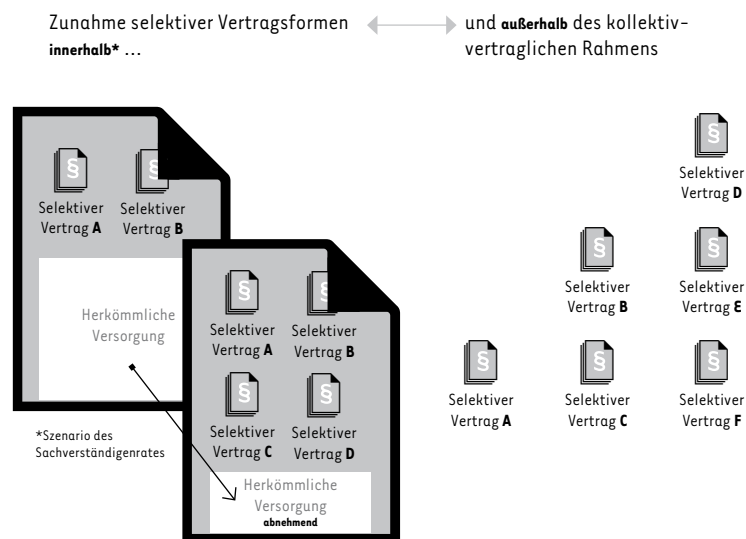


Abb. 3

Aus dieser Monopolstellung heraus ist eine flexible Umsetzung von Bedürfnissen der Patienten sowie Profilierungen der im Wettbewerb stehenden Krankenkassen stark eingeschränkt. Die aus der ökonomischen Theorie ableitbaren Vorteile des Wettbewerbs, wie Transparenz, Machtkontrolle und Berücksichtigung der Interessen der Nachfrager, sind in Deutschland in der ambulanten Versorgung bisher nicht ausreichend realisiert worden. Dafür existieren vielfältige empirische Befunde. So stehen Patienten in einigen Regionen Deutschlands vor einer Gefährdung der Versorgungsdichte. Andere Regionen sind

hingegen überversorgt. Die Sicherstellung der Versorgung konnte durch die Kassenärztlichen Vereinigungen, trotz der im internationalen Vergleich sehr hohen Zahl an Fachärzten in Deutschland, nicht umgesetzt werden. Die Öffnung der Krankenhäuser für die ambulante Versorgung nach § 116a SGB V war die notwendige Folge.

Die hausärztliche Versorgung wurde aufgrund der Vergütungsanreize, die von den Kassenärztlichen Vereinigungen gesetzt wurden, über lange Zeit hinweg systematisch schlechter gestellt. Ebenso wurde sprechende Medizin gegenüber Gerätemedizin benachteiligt. Die Folgen waren Kostensteigerung, Überversorgung (beispielsweise bei bildgebenden Verfahren), anbieterinduzierte Leistungsausweitung und gleichzeitig Unzufriedenheit in der Ärzteschaft. Eine Trennung der hausärztlichen und fachärztlichen Budgets war die Folge, ohne dass damit eine bessere Versorgung der Patienten nachgewiesen werden konnte.

Darüber hinaus hat es die Kassenärztliche Vereinigung nicht geschafft, wirksame und international vorbildliche Qualitätssicherungsmaßnahmen zu etablieren. Eine Koordination von unverbindlichen Qualitätszirkeln reicht nicht aus, um in einem Gesundheitssystem den medizinischen Fortschritt zu verbreiten. Erst durch Maßnahmen des Gesetzgebers im GKV-Modernisierungsgesetz (GMG) ist der Ansatz eines Umdenkens zu erkennen. International ist Deutschland dennoch nicht führend in der Methodendiskussion oder Publikation von Qualitätsergebnissen. Der häufige Verweis auf die hohe Facharztdichte erscheint in diesem Zusammenhang als Versuch, Qualität durch Quantität zu ersetzen. Die Integration der ambulanten und stationären Versorgung ist in Deutschland trotz vielfältiger Ansätze des Gesetzgebers kaum vorangeschritten.

Nur ein wirksamer Wettbewerb um Qualität erlaubt eine Durchbrechung dieser Missstände in der ambulanten Versorgung. Dazu könnte die Sicherstellung und Bedarfsplanung der Versorgung auf die Länder übergehen.«

In dieser Darstellung bleibt allerdings in etwas einseitiger Weise unberücksichtigt, dass inzwischen auch durchaus wirk-same Qualitätssicherungsmaßnahmen von Kassenärztlichen Vereinigungen entwickelt wurden (z. B. Qualitätssicherungs-programm für Mammographie und Sonographie der KV Bay-erns).

Interessant ist hingegen die Überlegung, die Sicherstellung und Bedarfsplanung der medizinischen Versorgung auf die Länder übergehen zu lassen. Ob diese oder eine andere Lö-sung in Zukunft sinnvoll ist, hängt sehr davon ab, wie sich der Strukturwandel im Gesundheitswesen künftige entwickelt. Prognosen ebenso wie Vorschläge für Alternativmodelle sind deshalb mit dem Risiko des Irrtums behaftet. Auch kann die Sicherstellung nicht isoliert von der übrigen Organisation der Versorgung betrachtet werden.

Ein Zukunftsszenario

Im Folgenden soll nun das gedankliche Experiment unter-nommen werden, ein mögliches, vielleicht auch wahrschein-liches Szenario der zukünftigen Gesundheitsversorgung un-ter dem Aspekt der Sicherstellung zu betrachten. Hierzu bietet sich die bereits eingangs erwähnte im Jahre 2005 veröffentli-chte Studie von Ernst & Young an. Die Studie versetzt den Leser in das Jahr 2020. Es wird ein wettbewerblich orientiertes und von staatlichen Reglementierungen weitgehend befreites pro-sperierendes Gesundheitswesen beschrieben, das alle zur Ver-fügung stehenden Möglichkeiten der Effizienzsteigerung nutzt und den Versicherten eine qualitätsgesicherte Basisversorgung sowie präferenzorientierte gesundheitliche Zusatzleistungen bietet. Das Zukunftsbild wird im Folgenden stark gekürzt wie-dergegeben.

Wir befinden uns im Jahre 2020. Der Blick zurück in das letzte Jahr-hundert offenbart gravierende Veränderungen, die den Begriff von Reformen wirklich rechtfertigen. Veränderungen, die so grund-legend sind, dass sie vor 15 Jahren die Wenigsten für möglich

gehalten hätten. In das überreglementierte und fehlgeleitete Gesundheitswesen hat der Markt Einzug gehalten. In dem Maß, wie sich das Gesundheitssystem bis zum Jahre 2020 schrittweise verändert hat, hat die Bedeutung der Selbstverwaltung immer mehr abgenommen. Die gemeinsame Selbstverwaltung im Sinne des SGB V existiert nicht mehr.

Der Gesundheitsmarkt teilt sich hauptsächlich in einen großen vernetzten und einen kleinen unabhängigen Bereich. Den Kern der medizinischen Versorgung stellen große Netze von Leistungs-anbietern dar. Diese Versorgungsnetze bestehen aus ambulanten und stationären Einheiten, die miteinander die Wertschöpfungs-kette der Patientenversorgung darstellen. Die Versorgung des Pa-tienten erfolgt aus einer Hand. Nach außen treten die Netzbetrei-ber als direkte Verhandlungspartner der Krankenversicherungen auf. Sie verhandeln die Vergütung je erbrachter Leistung oder je versorgter Person.

Die Etablierung der Versorgungsnetze im Gesundheitswesen hat mit dem Fall des Monopols der Kassenärzte für die ambulante Versorgung begonnen. Seitdem erste Krankenhäuser ambulante Maßnahmen angeboten haben, ist eine Welle von gewaltigem Ausmaß ins Rollen gekommen. Die einzelnen Anbieter haben angefangen, intensiver zusammenzuarbeiten, mehr und mehr wurden Informationen über den Patienten zwischen den Leistungs-erbringern ausgetauscht, um den Behandlungspfad zu optimieren. Die Bildung von Netzwerken wurde zur Gewährleistung einer angemessenen Versorgung und für die Begleitung des Patienten von der Diagnose bis zur letzten Behandlungsstation unerlässlich. Die integrierte Versorgung ist jetzt die Regelversorgung, der finanzielle Status integrierter Versorgungsmodelle entsprechend verbessert, und der Zulassungsstatus von Gesundheitszentren bzw. Krankenhausärzten geöffnet.

Kostenträger sind im Wesentlichen die Krankenversicherungen, die nun – im Jahre 2020 – autonom entscheiden können, ob sich Investitionen für sie rechnen oder nicht. Daneben sieht der Gesetzgeber auch die Möglichkeit vor, dass große, rechtlich selbstständige Ärztenetzwerke und integrierte Versorgungsketten selbst als Kostenträger auftreten.

Die Rolle der öffentlichen Hand in der Krankenhausplanung und -finanzierung hat sich auf die Regulierung regionaler Über- und Unterversorgung reduziert. Um eine ausreichende Versorgung für strukturschwache Regionen sicherzustellen, werden staatliche Anreize geschaffen. Über das neugegründete Institut für Gesundheitsplanung und Qualitätssicherung legt der Staat nach wie vor die Normen für Zulassungskriterien der Krankenhäuser fest. Die ehemalige Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) heißt jetzt Bund Deutscher Ärzte (BDAE) und hat sich zu einem Berater der Ärzteschaft entwickelt. Durch diesen Wandel hat sie wesentlichen Anteil daran gehabt, dass sich ihre Mitglieder sehr schnell auf die neuen Bedingungen eingestellt haben. Auch die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) kümmert sich überwiegend um Mitgliederservice und Beratung. Gesetzliche Aufgaben hat sie keine mehr.

Selbsthilfegruppen und Interessenvertretung der Patienten haben hingegen stark an Bedeutung und Einfluss gewonnen. Sie werden zunehmend in die Marketingaktivitäten der Leistungserbringer – seien es Versorgungsnetze oder Anbieter von Altenpflege – mit eingebunden.

Der Grundleistungskatalog der Krankenversicherung ist auf das medizinisch Notwendige reduziert worden. Leistungen, die keinen Bezug zur Krankheit haben, medizinische Leistungen mit Konsumcharakter und nicht notwendige Behandlungsmethoden werden bis zum Jahr 2025 schrittweise ausgegliedert.

Medizin nach ISO-Norm ist in vielen Praxen Realität. Immer mehr Ärzte bedienen sich bei der Umsetzung der vorgegebenen Qualitätsstandards der Qualitätsmanagement-Instrumente aus der Industrie, wie etwa der ISO 9001-Zertifizierung. Die Einhaltung dieser Qualitätsstandards wird dabei von unterschiedlichen Seiten überprüft. In diesem Zusammenhang werden sowohl TÜV Plaketten als auch, analog zu den Sternen in der Hotelbranche, Äskulapstäbe vergeben. Über den zum Teil privatwirtschaftlichen Kontrollinstanzen wacht die Regulierungsbehörde die – ähnlich wie im Telekommunikationsbereich – auf übergeordneter Ebene dafür Sorge trägt, dass eine Grundversorgung der Patienten gesichert ist, Qualitätsstandards

eingehalten werden und dass ein angemessener Anteil der Investitionen in die Grundlagenforschung fließt.

Der Kunde »Patient« steht im Mittelpunkt des Systems. Unabhängig von dem ethischen Grundauftrag haben sich Ärzte und Pfleger zu Dienstleistern entwickelt. Qualität, Service und Leistung sind die Treiber in dem prosperierenden Gesundheitsmarkt. Das Krankenhaus der Zukunft ist mit einem großen Supermarkt vergleichbar, in dem es ambulante Versorgung, stationäre Versorgung, Reha, Tagespflege, Arzneimittel und Wellnessmedizin an einem Ort gibt. Die traditionellen Krankenhäuser sind Teil großer Versorgungsnetze geworden. Sie bieten den Patienten von Pflegedienstleistungen bis hin zu Wellnessangeboten ein lückenloses Angebot aus einer Hand an.

Das Internet ist auch für die Leistungserbringer zum zentralen Medium geworden. Nicht nur die Kommunikation, sondern auch viele Prozesse werden über den Datenhighway gesteuert. Aus dem kleinen ländlichen Krankenhaus ist die Teleportalklinik entstanden. Die kleinen Häuser nutzen die Datenautobahn, indem sie bei Bedarf Spezialisten aus den größeren Häusern über einen Monitor zuschalten, Röntgenbilder werden zentral ausgewertet, Befunde werden in der Hauptklinik erstellt. Aufwendige und komplizierte Operationen werden in den medizinischen Zentren des Versorgungsnetzes durchgeführt. Die Konzentration gleichartiger Fälle hat insgesamt die Behandlungsqualität erheblich gesteigert. Eine qualitativ hochwertige Versorgung der Bevölkerung ist also nicht mehr primär eine Frage der Kosten, sie ist im erheblichen Umfang vor allem eine Frage der Organisation.

Soweit das Szenario einer zukünftigen Versorgungslandschaft. Sollte sich das Gesundheitswesen in diese Richtung entwickeln, sodass gut aufgestellte integrierte Anbieterstrukturen die Verantwortung und das Management für die medizinische Versorgung größerer Populationen und wesentliche bisherige Aufgaben der Kassenärztlichen Vereinigungen wie das Vertragswesen, die Honorarverteilung und die Sicherstellung von Qualität und Wirtschaftlichkeit übernehmen, stellt sich tatsächlich die Frage nach den verbleibenden Aufgaben

der Kassenärztlichen Vereinigungen. Eine durchaus sinnvolle Option wäre es, wenn sie – von ihrer Rolle als Körperschaften öffentlichen Rechts befreit – als Managementgesellschaften und Dienstleister für Ärzte in den Qualitätswettbewerb mit anderen Managementgesellschaften und Generalunternehmen im Gesundheitswesen treten würden. Die nötige Kompetenz hierfür ist bei den KVen unzweifelhaft in ausreichendem Maße vorhanden. Die obligatorische Mitgliedschaft von Vertragsärzten in der KV würde dann entfallen.

Kann Sicherstellung Ländersache werden?

In einem wettbewerblich organisierten Gesundheitswesen bedarf es selbstverständlich vom Staat zu setzender Rahmenbedingungen, die allen Bürgern und Versicherten einen möglichst flächendeckenden und qualitätsgesicherten Zugang zur medizinischen Versorgung ermöglichen. Zum Beispiel sollten folgende Aufgaben sinnvoller Weise auch in Zukunft vom Staat wahrgenommen werden:

- ▶ Definition eines Mindestumfanges an Gesundheitsleistungen, zu denen jeder Bürger ungehinderten Zugang hat,
- ▶ Absicherung der Versorgung bei schweren schicksalhaften Erkrankungen und Überforderung der individuellen Leistungsfähigkeit,
- ▶ Definition der Grenzen der Solidarität,
- ▶ Förderung der Transparenz für die Versicherten über Inhalte und Qualität der vielfältigen Modelle der Leistungserstellung, z. B. durch nicht-staatliche Organisationen (Modell »Stiftung Warentest« im Gesundheitswesen oder NCQA),
- ▶ Schaffung von Rahmenbedingungen für einen versicherungstechnischen Lastenausgleich.

Die weiteren ordnungspolitischen und berufsaufsichtlichen Aufgaben im Bereich der medizinischen Versorgung können von den jeweiligen berufsständischen Kammern (Ärzttekammer, Psychotherapeutenkammer, usw.) wahrgenommen wer-

den. Insofern ist nicht erkennbar, warum zwei Körperschaften öffentlichen Rechtes für die ambulante Versorgung nötig sind.

Zukunftsszenario einer integrierten Sicherstellung der medizinischen Versorgung auf Landesebene

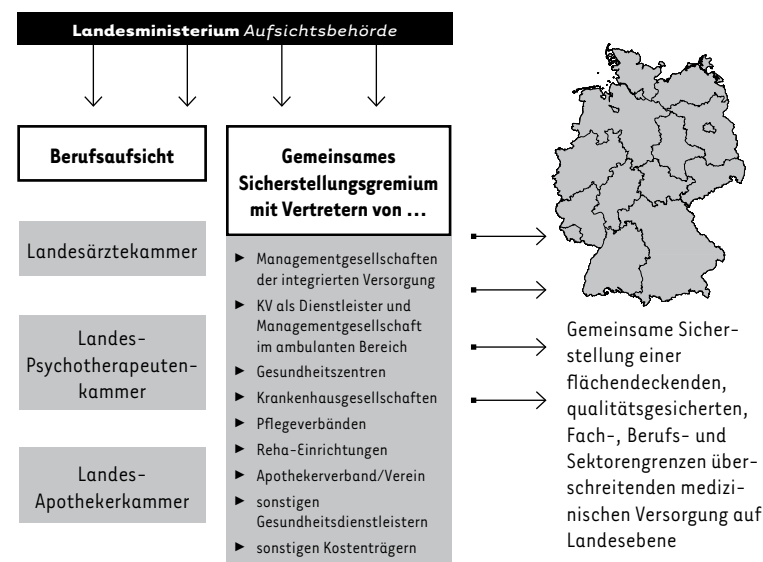


Abb. 4

Da die Sicherstellung medizinischer Versorgung in ihrer Gesamtheit gesehen werden sollte, ist es vorstellbar, dass die Sicherung einer umfassenden und qualitätsgesicherten Grundversorgung der Bevölkerung, also ambulant, stationär, Reha usw. auf der Landesebene durch eine gemeinsame Institution verantwortet wird, in der alle an der Versorgung Beteiligten maßgeblich vertreten sind. Der jeweiligen Landesbehörde käme dabei die Aufgabe zu, Aufsicht zu führen und gegebenenfalls ein solches Gremium zu moderieren. Diese Überlegung unterscheidet sich dadurch von dem oben erwähnten

Gedanken eines Mitgliedes des Sachverständigenrates, Sicherstellung und Bedarfsplanung der Versorgung auf die Länder übergehen zu lassen, dass nicht der Staat, sondern ein pluralistisches Gremium der Leistungserbringer und Kostenträger die Regulierung auf Landesebene übernimmt.

Die anfangs gestellte Frage nach Alternativen für die Sicherstellung der medizinischen Versorgung beantwortet sich insofern von selbst, wenn man Entwicklungslinien, die sich abzeichnen, in die Zukunft weiterverfolgt. Auch ohne die Berücksichtigung aller denkbaren alternativen Möglichkeiten – zum Beispiel mit stärkerer Fokussierung auf die Rolle der Krankenkassen und eines Übergangs des Sicherstellungsauftrages an diese (§ 72a SGB V) – deutet es sich an, dass der Status quo der Sicherstellung der medizinischen Versorgung in Zukunft keinen Bestand mehr haben wird.

Literatur:

Ernst & Young (2005). Gesundheitsversorgung 2020

HypoVereinsbank (2003). Gesundheitsmarkt 2013

Meyer-Lutterloh, K. / Amelung, V. E. (2005). Perspektiven durch Innovationen im Gesundheitswesen, *Ärztepost* 2/2005

Muster-Berufsordnung für die Deutschen Ärztinnen und Ärzte (MBO-Ä), Stand 2004

Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2005). Koordination und Qualität im Gesundheitswesen, Gutachten 2005

Sozialgesetzbuch SGB V mit Änderungen durch das Vertragsarztrechtsänderungsgesetz (VÄndG) und das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) (2007)

Zulassungsverordnung für Vertragsärzte (Ärzte-ZV) mit Änderungen durch das Vertragsarztrechtsänderungsgesetz (VÄndG) (2007)

| 5.3

Ausstieg aus der Kassenärztlichen Vereinigung – Einstieg in die Zukunft?

Ralf Sjuts

Die Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) stehen derzeit stark in der öffentlichen und politischen Kritik. Nachdem die Selbstverwaltung der Krankenkassen und insbesondere deren Verwaltungskosten bereits in vergangenen Reformen regelmäßiger Inhalt von Diskussionen war, scheint eine Einbeziehung der ärztlichen Selbstverwaltung nur eine logische Konsequenz des öffentlichen Interesses zu sein. Da anhand der geäußerten Kritik sowohl Reformbedarf als auch Einsparpotenziale erheblich wirken, erscheint eine nähere Betrachtung sinnvoll.

Historie der Kassenärztlichen Vereinigungen

Die Wurzeln der ärztlichen Organisationen reichen bis zu den mittelalterlichen Orden der Priesterärzte zurück. Nach verschiedenen Vorläufern heutiger Strukturen in Form von Kooperationen nach Ständerecht, Medizinkollegien oder Vereinen folgte 1883 mit Einführung des Krankenversicherungsgesetzes ein Paradigmenwechsel der Rolle des Arztes in der Gesellschaft. Durch das neue Gesetz wurden Ärzte zu gesetzlich definierten Vertragspartnern der Krankenkassen bei der Sicherstellung der erforderlichen medizinischen Versorgung der Kassenmitglieder. Zur Wahrung der eigenen Interessen gegenüber den Krankenkassen organisierten sich die Ärzte fortan in gewerkschaftsähnlichen Strukturen. Bis in die 30er Jahre des 20. Jahrhunderts war eine Koalition aus Deutschem Ärztevereinbund und Hartmannbund das Repräsentationsmonopol der organisierten ärztlichen Gesamtinteressen. Nach einem Interessenkonflikt zwischen finanzieller Konsolidierung der Krankenkassen und einem Machtausbau der Ärzteorganisationen wurde 1931 im Zuge der Weltwirtschaftskrise zwangs-

weise durch eine Notverordnung des Reichspräsidenten flächendeckend die Kassenärztlichen Vereinigungen eingeführt (vgl. Tauchnitz, T. 2003).

Die Kassenärztlichen Vereinigungen, als Körperschaften öffentlichen Rechts gegründet, erhielten durch den Gesetzgeber detailliert vorgegebene Aufgaben, die das bisherige Handlungsspektrum, aber auch die Verantwortung erweiterten. Sie brachten die endgültige Ablösung des Einzelvertragssystems mit sich und führten zur Errichtung regionaler Strukturen, die gemeinsam durch die Kassenärztliche Vereinigung Deutschlands (KVD) vertreten wurde. Rechtsnachfolgerin wurde 1955 die nach wie vor existierende Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV).

Kassenärztliche Vereinigungen heute

Die ambulante Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland wird überwiegend von niedergelassenen Ärzten in freiberuflicher eigener Praxis erbracht. Davon nahmen im Jahr 2004 116.990 (vgl. KBV 2004) als Vertragsärzte an der ambulanten Versorgung der gesetzlichen Krankenversicherung teil. Durch die Zulassung als Vertragsarzt entsteht eine Bindung an die gesetzlichen und vertraglichen Regelungen des Kassenarztrechts sowie eine Abhängigkeit von Aufsicht und Disziplinarrecht der Kassenärztlichen Vereinigung per Zwangsmitgliedschaft. Die Mitglieder wählen über Verwaltungsorgane die Vorstände und müssen durch eine Pflichtabgabe entsprechende Budgets finanzieren.

Gegenwärtig existieren die Strukturen von bundesweit 23 Kassenärztlichen Vereinigungen mit deckungsgleichen Funktionen. Zu den wichtigsten Aufgaben zählen (s. Lauterbach, K/Stock, S./Brunner, H. 2006):

- ▶ die Sicherstellung der ärztlichen Versorgung im ambulanten Sektor
- ▶ die Leistungsvergütung der niedergelassenen Ärzte
- ▶ die Führung des Arztregisters
- ▶ die Bedarfsplanung für den vertragsärztlichen Bereich
- ▶ die Vertretung der Interessen ihrer Mitglieder sowie

- ▶ die Einrichtung von Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen (§ 81a SGB V).

Die Wahrnehmung der Aufgaben erfolgt nach wie vor unter staatlich administrativer Steuerung und einer korporativen Koordination, was in der Praxis teilweise zu widersprüchlichen Umständen führt. So konkurrieren beispielsweise die Vertragsärzte innerhalb der Selbstverwaltung um Mandate, die u. a. eine (Mit-)Gestaltung der Vergütungssysteme ermöglichen, und als Leistungserbringer um Patienten. Unter Wettbewerbsaspekten muss dieser Korporativismus folglich stärker in bestehende und künftige Reformdiskussionen mit einbezogen werden.

Allgemeine Schwachstellen des Korporativismus bestehen darin, dass

- ▶ die Vereinbarungen häufig zu Lasten nicht beteiligter Dritter gehen,
- ▶ die Organisationen, sofern sie ihre Marktposition durch den technischen Fortschritt gefährdet sehen, nur ein geringes Interesse an Neuerungen besitzen,
- ▶ die Verteidigung des Status Quo zu Effizienzverlusten und Einbußen bei Wachstum und Beschäftigung führt und
- ▶ die Organisationen den vielfach fälschlichen Eindruck erwecken, allfällige Risiken klein zu halten oder absichern zu können (s. SVR 2005).

Die o. g. Schwachstellen betreffen weite Teile des Gesundheitswesens. Das Spektrum korporativer Organisationen reicht neben den Kassenärztlichen Vereinigungen u. a. von Krankenkassen bis hin zu privaten Verbänden, wie z. B. dem Hartmann Bund oder dem Marburger Bund. Da die Entwicklung korporativer Koordination in den letzten ca. 30 Jahren durch einen ständigen Wechsel von Stärkung und Schwächung bzw. durch Aus- und Abbau entsprechender Steuerungselemente gekennzeichnet ist, lässt sie eine durchgängige Strategie vermissen.

Fakt ist jedoch, dass sich bisherige Reformen bei der Forcierung dezentraler Wettbewerbsprozesse im Wesentlichen auf Modellvorhaben, Strukturverträge und die Modifikation der integrierten Versorgung beschränken. Für eine zukunftswei-

sende Neuausrichtung des Gesundheitswesens ist dieser erste Schritt nicht ausreichend.

Im Fokus des Handelns sollte der Kunde stehen. Er muss der Maßstab für sinnvolle Innovationen sein. Krankenkassen verfügen leider gegenwärtig im Leistungs- und Vertragsbereich über zu geringe Gestaltungsmöglichkeiten für Effizienz- und Effektivitätssteigerungen im Sinne der Kunden. Die ambulanten Ärzte sind bei starren Budgets zu Anpassern hinsichtlich Menge oder Qualität von Leistungen degradiert und Bestrebungen der gemeinsamen Selbstverwaltung enden häufig in Schiedsamtverfahren oder staatlichen Ersatzvornahmen. Folglich müssen weitere Optimierungen der Rahmenbedingungen den Raum für sinnvolle Strukturen schaffen. Die größte Herausforderung wird hierbei der Spagat zwischen Wettbewerb und Solidarität darstellen.

In Fortführung der bereits gesetzlich legitimierten Prinzipien der integrierten Versorgungsmodelle muss sich ein künftiges KV-System als Dienstleister etablieren, indem es als Partner der Ärzte neue, qualitätsorientierte und effiziente Versorgungsangebote initiiert und sich nicht in die Rolle eines Verwalters zurückzieht. Konsequenterweise müsste hierfür ein Recht auf Partnerschaft für selektive Verträge eingeräumt werden.

Weiterhin ist die Organisationsstruktur der Kassenärztlichen Vereinigungen in Frage zu stellen. Aufgrund deckungsgleicher Funktionen bietet es sich an, verschiedene Verwaltungs- und Abrechnungsbereiche zusammen zu legen. Die Existenz eines sog. »Backoffice« in allen KV-Bereichen verursacht hohe Kosten und ist aus wirtschaftlichen Gründen nicht zu rechtfertigen. Im Zuge der aktuellen Reform wurde dieses Problem auf Kassenseite mit der Auflösung verschiedener Bundesverbände aus gutem Grund bereits teilweise aufgegriffen. Die Zusammenlegung wesentlicher Wertschöpfungsbereiche einzelner KVen würde neben Kosteneinsparungen finanziellen Spielraum für Finanzierungen von Innovationen im Sinne der Ärzte und Patienten ermöglichen. Erste Analysen bestätigten bereits Effizienzreserven in Millionenhöhe bei der Reorganisa-

tion nur eines Zentralbereiches eines einzelnen Institutes, die binnen weniger Monate gehoben werden könnten. Synergiepotenziale durch KV-übergreifende Optimierungen lägen zweifelsfrei deutlich hierüber (vgl. Schopf, S. o. J.).

Gemessen an den bereits beschlossenen strukturellen Änderungen im Rahmen des Vertragsarztrechts-Änderungsgesetz (VÄG) kann es nur eine logische Schlussfolgerung sein, die KV-Strukturen in die gleiche Richtung zu flexibilisieren bzw. zu liberalisieren. Mit dem VÄG werden integrative Ansätze durch eine Verlängerung der Anschubfinanzierung gestärkt.

Es wurde die Möglichkeit KV-übergreifender ärztlicher Berufsausübung sowie funktionsübergreifender Tätigkeit in Praxis und medizinischen Versorgungszentren legitimiert. Der Arzt erhält somit bereits umfassende Möglichkeiten, sich im Wettbewerb neu zu organisieren. Antiquierte Rahmenbedingungen korporativer Steuerung stehen diesem neu entstandenen Freiraum für Flexibilisierung im Wettbewerb entgegen.

Die Weichenstellungen jüngster Reformen zeigen einen mehr oder minder deutlichen Weg von verkrusteten, teils zentralen und starren Strukturen hin zu flexiblen, wettbewerbsfähigen und innovativen Organisationsformen auf. Eine konsequente Beschreitung dieses vorgesehenen Weges ist für die Glaubhaftigkeit der entsprechenden Weichensteller notwendig. Wenn die KVen nicht künftig auf einem Abstellgleis operieren wollen, sind sie gut beraten, ihre Weichen gleich zu schalten und dem sich abzeichnenden Weg zu folgen.

Ärzte – Akteure ohne Möglichkeiten?

Vor dem Hintergrund eines sich wandelnden Systems müssen die handelnden Akteure permanent ihre aktuelle Rolle hinterfragen und nach eigenen Gestaltungsmöglichkeiten suchen, um am Markt der Zukunft bestehen zu können. Leider wird im aktuellen Gesundheitssystem häufig die Güte mit dem uneingeschränkten Zugriff auf neue Technologien und einer Vielzahl, oftmals parallel verlaufender Diagnose- und Therapieformen verwechselt. In diesem Spannungsfeld zwischen Erwartungshaltung der Patienten und fehlender ausgewo-

gener Leistungsgerechtigkeit in der Vergütung schrumpfen die Gestaltungsmöglichkeiten der Ärzte zugegebenermaßen auf ein deprimierendes Niveau zusammen. Starre Budgets, Verteilungskämpfe zwischen einzelnen Professionen sowie eine über das Punktesystem induzierte Intransparenz zwischen Leistung und Vergütung wirken hier motivationshemmend und sind somit kontraproduktiv. Dennoch existieren Alternativen, um einen Veränderungsprozess aktiv mit zu gestalten.

Neben den beschriebenen Vor- und Nachteilen im, wie beschrieben, stark reglementierten solidarisch finanzierten 1. Gesundheitsmarkt bietet der 2. Gesundheitsmarkt zahlreiche Möglichkeiten eines deregulierten »Testmarktes«, um neue Strukturen zu bilden und erfolgreiche Ergebnisse in neuen Versorgungsstrukturen zu verankern. Hierbei können Ärzte eine wesentliche Rolle einnehmen.

Nach einer Auswertung von Roland Berger aus dem Jahr 2005 gehören u. a. ein wachsender privater Konsum von »Gesundheit« durch informierte Konsumenten, Wettbewerb und Liberalisierung des Krankenversicherungsmarktes sowie neue Märkte im Gesundheitswesen zu maßgeblichen Wachstumstrends im künftigen Gesundheitswesen. Eine aktive Rolle des Arztes kann die Gestaltung folgender Herausforderungen beinhalten:

- ▶ Die Risiken des 1. (solidarisch finanzierten) Gesundheitsmarktes aufzufangen und qualitativ hochwertige Versorgung für alle bezahlbar zu halten.
- ▶ Qualität und Transparenz im derzeit noch unstrukturierten 2. Gesundheitsmarkt mit zu organisieren.
- ▶ Den 2. Gesundheitsmarkt als Chance zu begreifen, um erfolgreiche Versorgungs- und Finanzierungsmodelle zu entwickeln.
- ▶ Die Verbindung des 1. und 2. Gesundheitsmarkt aktiv mit zu gestalten.

Der Schwerpunkt der Herausforderungen liegt in der Gestaltung des 2. Gesundheitsmarktes. In den Fesseln der bestehenden Rechtsform unmöglich, ist für eine erfolgreiche Strategie Innovation und Kreativität notwendig, um jenseits

der bekannten Pfade neue Wege zu beschreiten. Erfolgreiche Entwicklungen in diesem Markt können Innovationsmotor für den 1. Gesundheitsmarkt werden.

Zur Realisierung eines umfassenden Leistungsportfolios im Sinne der Kunden ist eine Umwandlung in bzw. eine Verknüpfung mit anderen Rechtsformen, beispielsweise einer GmbH sinnvoll. Die Vorteile einer derartigen Struktur liegen auf der Hand:

- ▶ Außerhalb der Rechtsform einer Körperschaft des öffentlichen Rechts bestehen rechtliche Freiräume zur Schaffung neuer nachfrageorientierter Angebote.
- ▶ Die privatwirtschaftliche Rechtsform bildet einen schützenden Rahmen vor politischen Veränderungen der GKV Rahmenbedingungen.

Mit einer optionalen Aufhebung von Rechtsformbindungen könnten im Gesundheitswesen völlig neue Strukturen entstehen, die sich optimal am Bedarf ausrichten und diesen wirtschaftlich auf einem qualitativ hohem Niveau befriedigen könnten. Hierzu ist es jedoch nötig, alte Zöpfe abzuschneiden und durch die Wahrnehmung bestehender Handlungsmöglichkeiten seinem bisherigen Handlungsrahmen mit Innovation eine kreative neue Frisur zu verpassen.

Fazit

Bei der Einführung von Sozialversicherungsstrukturen im 19. Jahrhundert nahm Deutschland eine Vorreiterrolle ein. Die politische Bedeutung des Krankenversicherungsschutzes hat sich seit damals, übrigens auch in anderen Ländern, kaum verändert. Deutschlands Gesundheitssystem hat auf Basis des Bismarck'schen Grundmodells mit lohnbezogener Beitragsbemessung, Parität und Solidarität nach wie vor internationalen Vorbildcharakter. Aufgrund sich verändernder Rahmenbedingungen sind jedoch in den nächsten Jahren erhebliche Anpassungen dieses Systems notwendig. Als Gründe hierfür sind bekannte Probleme, wie z. B. die Notwendigkeit zur Absenkung der Lohnnebenkosten oder die demografischen Veränderungen anzuführen. Die beiden unterschiedlichen, von

den Partnern der großen Koalition favorisierten Modelle einer Bürgerversicherung oder einer Bürgerpauschale nahmen in der öffentlichen Diskussion den größten Raum für eine Neuorganisation der Einnahmenseite ein. Wenngleich durch die aktuelle Reform nicht mehr im unmittelbaren Fokus, bieten die bisherigen Entscheidungen zur Gesundheitsreform jedoch in einer nächsten Legislaturperiode nach wie vor die Möglichkeit, beide Modelle umzusetzen.

Für eine nachhaltige Optimierung des Gesundheitswesens ist eine zusätzliche Anpassung der Ausgabenseite notwendig, die eine intensivere Diskussion der bestehenden korporativen Strukturen unumgänglich macht. Die bereits vor einigen Jahren begonnenen Entwicklungen zu einer Individualisierung durch eine Abkehr von gemeinsam geschlossenen und einheitlichen Verträgen müssen fortgesetzt werden. Über die Implementierung Effizienz fördernder Vergütungsstrukturen muss eine Leistungsgerechtigkeit geschaffen werden, die Raum für eigenmotivierte Qualitätsorientierung schafft. Wettbewerb und Markt müssen externe Kontrollen als Steuerungsmechanismen ablösen.

Für diese weit reichenden Veränderungen scheint das enge Korsett der Körperschaften öffentlichen Rechts sowohl auf Seiten der Krankenkassen als auch auf Seiten der ärztlichen Selbstverwaltung ein ungeeigneter Rahmen zu sein. Konsequente Innovation der Politik im Gesundheitswesen muss diesen Aspekt berücksichtigen, damit die heutigen Strukturen ihre Energie nicht im Kampf um Daseinsberechtigungen vergeuden, sondern wertschöpfende Innovationen für Ihre Kunden schaffen können. Hierbei kommt der Etablierung eines Paradigmenwechsels von der bestehenden Quantität zu mehr Qualität eine große Bedeutung zu.

| 5.4

Die Rolle der Kassenärztlichen Vereinigungen in einem effizienten und hochwertigen Gesundheitssystem der Zukunft

Dr. Joachim Kartte, Dr. Karsten Neumann

Die aktuellen Reformen und Veränderungen im Gesundheitswesen geben vielerlei Anlass, über die zukünftige Rolle der Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) nachzudenken. Zum einen sehen die Gesundheitsreformen eine zunehmende Vertragsfreiheit zwischen Gesetzlichen Krankenkassen und einzelnen Haus- und Fachärzten vor und schmälern somit die Bedeutung der KVen in ihrer heutigen Form. Vor allem aber wird ihre Rolle auch innerhalb der Ärzteschaft selbst kritisch diskutiert. Was ist die mittel- und langfristige Perspektive und Rolle der KVen? Um diese Frage beantworten zu können, benötigt man eine realistische Vorstellung der zukünftigen Entwicklung des Gesundheitswesens.

In diesem Artikel skizzieren wir jene Ansätze, die aus Sicht von Roland Berger Strategy Consultants zu einem effizienten und qualitativ hochwertigen Gesundheitswesen führen, das zugleich Wachstum und Beschäftigung unterstützt. Anschließend gehen wir auf mögliche Rollen der KVen in einem solchen Gesundheitswesen ein.

I Herausforderungen für das Gesundheitswesen

Die Senkung der Kosten im Gesundheitswesen und seine Finanzierung haben in den letzten Jahren die öffentliche Diskussion bestimmt. Unvermeidlich werden die Kosten im Deutschen Gesundheitswesen dramatisch steigen. Die Treiber hierfür sind die demografische Entwicklung und – stärker noch – der medizinisch-technische Fortschritt, der allein schon dafür sorgt, dass die Gesundheitsausgaben im langjährigen Mittel jährlich etwa um ein Prozent stärker wachsen als das Brut-

toinlandsprodukt. Bis 2020 werden sich so die Ausgaben über 50 Prozent erhöhen. Wenn sich nichts Grundlegendes ändert, werden im gleichen Maße die Beiträge für Arbeitnehmer und Arbeitgeber klettern. Bei der aktuellen Form der Finanzierung belastet das die Lohnnebenkosten und gefährdet Arbeitsplätze. Immer weniger Erwerbstätige müssen eine immer größere finanzielle Belastung schultern: eine gefährliche Abwärtsspirale droht.

Andererseits bildet das Gesundheitswesen mit 4,2 Millionen Beschäftigten und einem Anteil am Bruttoinlandsprodukt von circa zwölf Prozent die größte Branche unserer Volkswirtschaft. Was aus Sicht der Beitragszahler also Ausgaben sind, das ist in einer anderen Sicht auch eine starke Nachfrage: Nachfrage nach Dienstleistungen und Produkten zur Gesundheitsversorgung. Und diese Nachfrage steigt nicht nur durch Demografie und medizinisch-technischen Fortschritt, sondern auch durch das stetig wachsende Gesundheitsbewusstsein der Bevölkerung. Die privat finanzierten Gesundheitsausgaben sind in den letzten Jahren bereits stetig angestiegen. Auch für die Zukunft ist eine erhöhte Nachfrage etwa beim Gesundheitstourismus oder nach gesunden Nahrungsmitteln zu erwarten.

Geht es um Wachstumschancen in Deutschland, sollten Innovation und Wachstum gerade im Gesundheitswesen in den Vordergrund rücken.

Eine wesentliche Herausforderung jeder Gesundheitsreform liegt darin, beide Aspekte zu vereinen. Das Wachstum im Gesundheitswesen muss ermöglicht werden, und zwar ohne andere Bereiche der Volkswirtschaft zu gefährden.

2 Prinzipien der Neugestaltung

Ein neugestaltetes Gesundheitswesen muss das Prinzip der Solidarität beibehalten, die notwendige medizinische Versorgung muss weiterhin allen Bürgern zur Verfügung stehen. Einkommensunterschiede dürfen dabei keine Rolle spielen, Familien müssen auch weiterhin gefördert werden. Außerdem muss die Solidarität auch künftige Generationen umfassen,

indem die Ausgabensteigerung auf ein vertretbares Maß begrenzt wird. Dazu muss die Effizienz des Gesundheitswesens erhöht und der Wettbewerb verstärkt werden – zwischen den Krankenversicherern ebenso wie zwischen Krankenhäusern und Ärzten. Den Patienten sollte als mündigen Bürgern mehr Eigenverantwortung und Wahlfreiheit zugebilligt werden.

Und schließlich darf die notwendige Kostensenkung nicht dazu führen, dass die Chancen für neue Dienstleistungen und Arbeitsplätze im Gesundheitswesen verringert werden. Die Bedeutung des Gesundheitswesens für Wachstum und Innovation ist daher ebenfalls zu berücksichtigen.

3 Neugestaltung von Leistungserbringung, Strukturen und Finanzierung

Jede Neugestaltung sollte bei der Leistungserbringung beginnen, damit die ebenfalls anstehende Reform der Finanzierung auf ein möglichst effizientes und hochwertiges System trifft und nur die dafür tatsächlich notwendigen Mittel finanziert werden müssen.

3a Leistungserbringung

In der Leistungserbringung sind die Effizienzsteigerung und eine stärkere Förderung von Innovation die wesentlichen Handlungsfelder. Beides geht mit einer erhöhten Selbstverantwortung der Versicherten einher.

Die Effizienz des Gesundheitswesens lässt sich weiter steigern. Eine Verbesserung um zehn bis fünfzehn Prozent in den kommenden zehn Jahren erscheint realistisch. Notwendig wäre dafür insbesondere die flächendeckende Verbreitung von integrierter Versorgung, mehr Vertragsfreiheit und Wettbewerb in der Leistungserbringung, die Einführung von Gesundheitstelematik sowie die weitere Konzentration in der ambulanten und stationären Versorgung. Zudem sollte die Qualität der Leistungserbringer gemessen und veröffentlicht werden. So ließen sich nicht nur die Kosten senken, auch viele Komplikationen und Rückfälle bei Behandlungen könnten vermieden

werden, wenn qualitativ minderwertige Leistungen vom Markt verschwinden.

Daneben muss der Katalog der erstattungsfähigen Leistungen regelmäßig überprüft werden. Behandlungsmethoden, die nicht dem Stand der Wissenschaft entsprechen, oder sogar schädlich sind, werden aussortiert. Dies gilt für Operationen mit zweifelhafter Wirkung ebenso wie für Medikamente. Der Arzneiverordnungsreport beziffert Einsparpotenziale in Milliardenhöhe, wenn Analogpräparate und wirkungslose Arzneimittel weggelassen würden.

Solche Maßnahmen aus der Erstattung in der gesetzlichen Krankenversicherung zu entfernen, vermeidet unnötige Kosten und schafft Raum für sinnvolle Innovationen.

Die Integrierte Versorgung eröffnet weitere Chancen zur Innovation. Neue Behandlungsmethoden können schon vor einem Beschluss des gemeinsamen Bundesausschusses unkompliziert eingeführt werden. Kostenträger und Leistungserbringer definieren gemeinsam die Einschlusskriterien für bestimmte Behandlungen. Auf diese Art werden innovative Leistungen schnell eingeführt und gleichzeitig nur dort erbracht, wo es sinnvoll ist. Im Rahmen der Integrierten Versorgung können Unternehmen und Kostenträger im Übrigen auch kostengünstige, auf neuen Geräten, Diagnostika oder Medikamenten beruhende Behandlungspfade entwickeln.

Unternehmen und GKV/PKV können gemeinsam an der Entwicklung und Einführung neuer Methoden arbeiten und dabei bspw. geeignete Standorte für teure Großgeräte abstimmen. So lässt sich das finanzielle Risiko des medizinisch-technischen Fortschritts für beide Seiten begrenzen, und die Patienten kommen nur in den Genuss jener neuen Behandlungsmethode, die sie auch wirklich brauchen.

Effizienz und Innovation werden gleichzeitig erhöht.

Beide Maßnahmen führen zu größerer Wahlfreiheit der Patienten – so stehen unterschiedliche Versorgungsformen zur Verfügung und ein Patient kann seinen Leistungserbringer auf Grund von Testergebnissen auswählen. Zugleich ist über eine stärkere Selbstbeteiligung der Patienten nachzudenken. Die-

se muss so ausgestaltet werden, dass sie Steuerungsanreize für gesundheitsbewusstes Verhalten schafft, aber niemanden bestraft, der an einer unvermeidlichen Krankheit leidet. Unter dieser Voraussetzung sind weitere Einsparungen möglich. Die entsprechenden Tarife Privater Krankenversicherungen zeigen dieses Potenzial auf.

3b Strukturen

Um das Gesundheitswesen effizienter gestalten zu können, müssen sich alle Akteure an wettbewerblichen Strukturen ausrichten. Bei den Leistungserbringern geschieht dies, wie beschrieben, durch freie Kontrahierung mit den Krankenversicherungen. Mindestens ebenso stark muss auch der Wettbewerb der Kostenträger zunehmen. Die gesetzlichen Krankenversicherungen müssten dazu wesentlich freier in der Gestaltung von Angeboten, Tarifen und Leistungspaketen sein. Die Versicherten sollten ihre Beiträge reduzieren können, indem sie bspw. an Integrierter Versorgung oder Präventionsprogrammen teilnehmen, sich auf bestimmte Leistungserbringer beschränken oder Selbstbehalte finanzieren – all dies ist in der aktuellen Gesundheitsreform vorgesehen.

Daneben muss es aber auch die Möglichkeiten geben, Zusatzpakete zu vereinbaren, die über die bestehenden Zusatzversicherungen hinausgehen, beispielsweise um innovative Behandlungen abzusichern, die noch nicht zum Leistungsumfang der GKV gehören, oder von zusätzlichen Wellness- oder Präventionskomponenten.

Zu flankieren sind diese Maßnahmen durch einen Risikostrukturausgleich, der das Krankheitsrisiko unterschiedlicher Versichertenpopulationen fair verteilt und gleichzeitig richtige Anreize für wirtschaftliches Handeln, die Optimierung der Versorgung und die Vermeidung von Krankheiten setzt. Erst auf dieser Basis werden im Wettbewerb der GKV diejenigen Kassen belohnt, die die besten und innovativsten Angebote schaffen.

Innerhalb der privaten Krankenversicherung sollte ein weitgehender Wettbewerb um Bestandskunden möglich sein.

Auch zwischen den Versicherungssystemen sollte ein stärkerer Wettbewerb ermöglicht werden. Beide Systeme müssen im Terrain des jeweils anderen tätig werden können, die GKV durch ein eigenes Angebot von frei gestaltbaren Zusatzversicherungen, die PKV durch einen Basistarif, der auf dem GKV-Katalog beruht und ggf. sogar in den Risikostrukturausgleich miteinbezogen wird.

3c Finanzierung

Derzeit wird Gesundheitsversorgung immer noch größtenteils als eine Aufgabe der privaten und gesetzlichen Krankenversicherung gesehen. Man zahlt seinen Beitrag und erwartet dafür den automatischen Zugang zu allen verfügbaren Leistungen. Aufgrund der steigenden Kosten wird dies in Zukunft nicht mehr uneingeschränkt möglich sein. Eine solidarisch finanzierte Grundabsicherung wird weiterhin allen zur Verfügung stehen. Neue diagnostische und therapeutische Methoden werden hingegen zunächst aus privatem Einkommen finanziert. Erfolgreiche Innovationen bewähren und verbreiten sich. Durch Lern- und Skaleneffekte werden sie günstiger. Nach einer gewissen Zeit können sie dann von den privaten und gesetzlichen Krankenversicherungen übernommen werden und werden damit allen zugänglich.

Die privaten Ausgaben für das Gesundheitswesen werden stärker ansteigen als die Kassenbeiträge in der solidarischen Finanzierung. Die Auswirkungen steigender Gesundheitskosten auf den Arbeitsmarkt werden so gedämpft.

Als weitere Maßnahme ist eine weitgehende Abkopplung der Beiträge von den reinen Arbeitseinkommen zu empfehlen. Zum einen, indem der Arbeitgeberbeitrag ausgezahlt und von den Versicherten übernommen wird, zum anderen, indem künftig sämtliche Einkommensarten in der gleichen Weise wie im Steuersystem zur Finanzierung herangezogen werden.

Die ergänzende Einführung einer pauschalen – kassenindividuell adjustierten – »Gesundheitsprämie« könnte zweierlei bewirken. Erstens würde sich die Gerechtigkeit in der Finanzierung erhöhen, sofern der Einkommensausgleich über das

Steuersystem und damit gemäß der tatsächlichen Leistungsfähigkeit des Einzelnen erfolgt. Zum andern ermöglicht ein absoluter Euro-Betrag den Konsumenten eine wesentlich bessere Vergleichsmöglichkeit von Preis-Leistungs-Verhältnissen als prozentuale Beitragssätze. Die Nutzung der Wahlfreiheit dürfte dadurch zunehmen, die positiven Wirkungen des Wettbewerbs werden gestärkt.

In Summe können die hier vorgestellten Maßnahmen der kontinuierlichen Erhöhung der Lohnnebenkosten entgegenwirken und gleichzeitig Wachstumschancen im Gesundheitswesen wahren. Durch die Stärkung von Solidarität, Eigenverantwortung und Wettbewerb steigt zusätzlich die Qualität und die Innovationskraft im Gesundheitswesen.

4 Die künftige Rolle der Kassenärztlichen Vereinigungen

In einem System, das sich an den hier skizzierten Eckpunkten orientiert, wird sich die Rolle der Kassenärztlichen Vereinigungen gegenüber heute grundsätzlich verändern.

So könnte sie zum einen noch eine öffentliche Aufsichtsfunktion innehaben, insofern sie ärztliche Versorgung auch in strukturschwachen Regionen gewährleistet. Zum anderen kann die umfangreiche Kompetenz genutzt werden, um als Dienstleister an den Markt zu gehen.

Die angebotenen Leistungen sind dann selbstverständlich wie jede privatwirtschaftliche Dienstleistung von den Nachfragern zu vergüten, z. B.

- ▶ Abrechnungsdienstleistungen im Rahmen einer veränderten kassenärztlichen Vergütung
- ▶ Konzeption und Management von Netzwerken der Integrierten Versorgung
- ▶ Qualitätsmessung der ärztlichen Versorgung bspw. im Sinne eines TÜV oder einer Stiftung Warentest
- ▶ Qualitätsmanagement für Arztpraxen, MVZs und Netzwerke der Integrierten Versorgung
- ▶ IT-Dienstleister bspw. für die Konzeption spezieller Programme für die ärztliche Praxis oder in Verbindung mit der Gesundheitstelematik

- Betreiber von oder Berater beim Aufbau von medizinischen Versorgungszentren

Die KVen haben bereits seit längerem damit begonnen, sich auf diese Entwicklungen vorzubereiten und – bspw. mit der KV Consult und anderen Serviceangeboten – Dienstleistungen zu entwickeln, die über ihren gesetzlichen Auftrag hinausgehen. Diese Tendenz dürfte sich fortsetzen – unabhängig davon, in welcher Geschwindigkeit sich das Gesundheitswesen selbst fortentwickelt.

| 5.5

Den Gesundheitsmarkt als Wachstumsmarkt begreifen

Prof. Dr. Norbert Walter

Um gleich mit der Tür ins Haus zu fallen: Das Verständnis, dass der Gesundheitssektor – neben dem Bildungssektor – unser wichtigster Wachstumssektor sein könnte, existiert in diesem unserem Land nicht. Die hohe Wertschätzung der Bürger für Gesundheit, der rasante Fortschritt in Medizin, Medizintechnik und Pharmazie sowie die beachtliche Alterung der Bevölkerung sorgen für ein riesiges Wachstumspotenzial in diesem Markt. Aber mit den Schritten, die wir derzeit privat, in den Betrieben und insbesondere in der Gesundheitspolitik unternehmen, werden wir dieses Wachstumspotenzial nicht erschließen. Schon heute spiegelt die Entwicklung der Angebotsseite des Gesundheitsmarktes diese Perspektivlosigkeit wieder. Die Zahl der Medizinstudenten ist erschreckend gering. Und die, die ihr Studium beenden, wenden sich anderen Aufgaben zu, werden aber nicht Arzt. Die Pharmaunternehmen reagieren auf die Regulierungsexzesse des Staates mit Verlagerung ihrer Markt- und Forschungsaktivitäten ins Ausland. Die jüngst beschlossene Gesundheitsreform enthält neben wenigen kleinen Verbesserungen vor allem kollektivistische und bürokratische Teile. Statt die riesigen Effizienzpotenziale im Sektor Gesundheit zu heben, statt durch mehr Eigenverantwortung die Nutzung der Gesundheitsleistungen rationaler zu gestalten, scheint man in der weiteren Kollektivierung des Systems den Weg aus der Finanzierungs- und Krisen des Gesundheitswesens zu suchen. Mit anderen Worten: Die Gesundheitsreform wird im Saldo zu mehr Staat und zu permanenter Fesselung eines Sektors führen, der dringend die Befreiung von Bevormundung und mehr Wettbewerb braucht.

Die Reform dient weder dem Gesundheitssystem noch den Bürgern. Für eine richtige Gesundheitsprämie wäre die Bereit-

stellung der Steuerfinanzierung für jene, die keine oder nur kleine Einkommen und Vermögen haben, sachgerecht. Der derzeitige Berliner Vorschlag zum Einstieg in eine Gesundheitsprämie rechtfertigt solche Mittelverschwendung nicht. Dabei haben alle von der Regierung bestellten Beiräte für mehr Wettbewerb und mehr Eigenverantwortung in allen Bereichen des Gesundheitswesens votiert. Selten war der Sachverstand in Deutschland so einig: Die Dringlichkeit für eine Reform an Haupt und Gliedern stand immer außer Frage. Dafür gibt es zwei kapitale Gründe: Der eine ist die steigende Zahl älterer und sehr alter Menschen mit weit größerem Bedarf an Gesundheitsleistungen bei gleichzeitig – aufgrund der seit über 35 Jahren stark reduzierten Geburtenhäufigkeit – sinkender Zahl von Beitragszahlern. Die demographischen Belastungen werden bereits im folgenden Jahrzehnt merklich ansteigen. Der zweite Grund ist der dramatische – selbstverständlich hochwillkommene – medizinische Fortschritt, freilich mit der Folge starker Ressourcenbeanspruchung und steigender Kosten für die Gesundheit.

Worauf kommt es in einer solchen Konstellation an? Wir müssen die Prioritäten der Menschen unbehindert wirken lassen. Und es gilt alle Effizienzreserven zu mobilisieren. Wie könnte die passende Ordnung zu diesem Leitbild aussehen? Wir brauchen eine obligatorische Krankenversicherung für alle. Die Beiträge sollten sich nicht am Arbeitseinkommen, sondern am Gesundheitsrisiko orientieren. Die obligatorische Versicherung sollte einen Pflichtleistungskatalog absichern. Darüber hinaus gehende Leistungen sollten über Zusatzversicherungen entsprechend individueller Präferenzen gedeckt werden. Für alle Versicherungen halte ich einen spürbaren Selbstbehalt aus pädagogischen Gründen für unverzichtbar. Gesundheitsorientiertes Verhalten muss im umfassenden – auch finanziellen – Eigeninteresse liegen.

Neben dieser fundamentalen Reorientierung an die individuellen gesundheitlichen Präferenzstrukturen bedarf es der Etablierung von Wettbewerb zwischen Krankenkassen (Wechsel muss faktisch möglich sein), ebenso zwischen Kranken-

häusern und Ärzten sowie der Liberalisierung des Handels mit Arzneimitteln. Die bürokratischen Hindernisse bei der Zulassung von neuen Verfahren und Arzneimitteln gilt es zu reduzieren. Nun aber der Reihe nach: Worum geht es bei der Reform der GKV im Einzelnen? Bei der notwendigen Reform der GKV geht es um drei Kernpunkte. Erstens sollte der übergroße Staatseinfluss im Gesundheitswesen begrenzt werden. Nach aller Erfahrung kann sich Dynamik im Gesundheitswesen umso besser entwickeln, je mehr Freiraum für privatwirtschaftliches Engagement besteht. Zweitens sind mehr marktliche Mechanismen und mehr Wettbewerb erforderlich, wenn die Leistungsfähigkeit des Gesundheitswesens gesteigert werden soll. Drittens bedarf es eines neuen Finanzierungsverfahrens. Dabei geht es vor allem darum, die Gesundheitsausgaben von den Arbeitskosten abzukoppeln. Darüber hinaus gilt es, für den demografisch bedingten Ausgabenanstieg der nächsten Jahrzehnte durch Kapitalbildung vorzusorgen. Was heißt das im Einzelnen?

Erstens

In der Marktwirtschaft ist es Aufgabe des Staates, Regeln und Rahmenbedingungen zu setzen und deren Einhaltung zu überwachen. Auch im Gesundheitswesen sollte der Staat vor allem Regelgeber und Schiedsrichter, nicht aber Mitspieler sein. Er sollte dafür sorgen, dass möglichst alle Bürger über eine Basis-Krankenversicherung verfügen. Aber weder Krankenkassen noch Krankenhäuser müssen von staatlichen oder halbstaatlichen Institutionen betrieben werden. Das erledigen privatwirtschaftliche Organisationen in der Regel besser. Der Staat kann sich darauf beschränken, Qualitätsstandards für die privaten Gesundheitsdienstleistungen vorzugeben sowie deren Einhaltung zu überwachen. Zudem sollte er die Spielregeln so gestalten, dass fairer Wettbewerb herrscht. Ein entscheidender Schritt zu einem marktwirtschaftlichen Gesundheitswesen wäre die Abschaffung der Pflichtmitgliedschaft bei den gesetzlichen Kassen zugunsten einer Versicherungspflicht. Demnach wäre jeder Bürger verpflichtet einen Krankenversicherungsver-

trag abzuschließen, wobei er den Versicherungsgeber frei wählen könnte. Die Versicherungspflicht sollte sich freilich nur auf einen Grund- bzw. Mindestschutz gegenüber größeren gesundheitlichen Risiken beziehen. Die Versicherungspflicht kann verhindern, dass Menschen sich gar nicht absichern und im Krankheitsfall vom Staat unterstützt werden müssen. Jenseits des erforderlichen Mindestschutzes sollten die Bürger über Art und Umfang ihrer Krankenversicherung aber selbst bestimmen können. Anders als die meisten gesetzlichen Krankenkassen heute könnten die Versicherungen privatwirtschaftlich organisiert sein. Zumindest sollten gleiche Wettbewerbsbedingungen für Versicherungsgeber unterschiedlicher Rechtsform geschaffen werden. Dazu gehört, dass die heutigen privaten Krankenversicherungen zu fairen Bedingungen am Markt der Basisversicherung auftreten können. Dass private Versicherungen als Pflichtversicherungen fungieren können, zeigt die Kfz-Haftpflicht. In den Niederlanden oder der Schweiz liegt auch im Gesundheitswesen die Basisversicherung in der Hand privater Unternehmen. Um den Wettbewerb zwischen den Krankenkassen zu forcieren, muss es den Versicherten möglich sein, bei einem Wechsel der Versicherung ihren angesammelten Kapitalstock mitzunehmen. Die Portabilität des individuell angesparten Kapitalstockes ist notwendig für einen funktionierenden Wettbewerb der Krankenkassen.

Zweitens

Mit dem Übergang zur Versicherungspflicht ließe sich ein freier Krankenversicherungsmarkt etablieren. Im Interesse der Versicherten würde auf diesem Markt mehr Wettbewerb als heute herrschen. Wie intensiv und effizient der Wettbewerb wird, hängt freilich auch von der Art der Finanzierung der Krankenkassen ab (siehe Punkt 3). In einem freiheitlichen System kann der Wettbewerb nicht auf die Krankenkassen beschränkt bleiben. Die einzelnen Kassen sollten mit dem Parameter effizienter Verwaltungsstrukturen um die Bürger werben, aber auch mit klar unterscheidbaren Leistungspaketen. Dafür müssen aber auch die Beziehungen zwischen den Kassen und

den Leistungsanbietern neu geregelt werden. Preise und Qualitäten der ambulanten und der stationären Versorgung sollten nicht länger von übergeordneten korporativen Institutionen bestimmt werden. Vielmehr sollten die kollektiv-vertraglichen Regelungen zwischen den Krankenkassen(-verbänden) und den Verbänden der Leistungsanbieter durch individuelle Verträge ersetzt werden. Letztlich sollte es jeder Kasse möglich sein, mit einzelnen Ärzten und Krankenhäusern oder Gruppen dieser Anbieter Individualverträge abzuschließen (integrierte Versorgung).⁸³

Zu einem funktionsfähigen Wettbewerb gehört auch, dass die erbrachten Leistungen und deren Kosten für die Versicherten transparent sind. Dem widerspricht das Sachleistungsprinzip der GKV. Es sollte bei Arzneimitteln und bei der ambulanten Behandlung grundsätzlich aufgehoben werden. Wenn die Ausgaben für Arzneimittel und Leistungen niedergelassener Ärzte nicht mehr direkt von den Krankenkassen, sondern zunächst von den Versicherten bezahlt und dann diesen von den Kassen erstattet würden, könnte das Kostenbewusstsein der Versicherten gestärkt werden. In die gleiche Richtung wirkten eine spürbare Selbstbeteiligung und eine Beitragsrückgewähr bzw. Prämien für die Nichtinanspruchnahme von Leistungen. Solche Instrumente sind unverzichtbar. Sie veranlassen die Versicherten nur notwendige Leistungen nachzufragen und sich gesundheits- und kostenbewusst zu verhalten. Beide Instrumente gehören bei privaten Krankenversicherungen zu den elementaren Elementen der Tarifgestaltung und garantieren, dass sich die volkswirtschaftlich effiziente Signalwirkung von Preisen entfalten kann.

⁸³ Wenn die Versicherten gleichwohl das Recht hätten – unter in Kaufnahme eines gewissen Abschlages bei der Erstattung – Leistungen nichtvertragsgebundener Anbieter in Anspruch zu nehmen, wäre auch in einem solchen System die freie Arztwahl hinreichend gesichert.

Drittens

Für die Reform der Finanzierung der Krankenkassen bestehen verschiedenen Möglichkeiten. Gemeinsam ist ihnen, dass die beschäftigungsschädlichen einkommensabhängigen Sozialbeiträge ersetzt werden. Die konsequenteste Alternative ist ein Umstieg hin zu risikoabhängigen Beiträgen, wie sie bei privaten Versicherungen üblich sind. Das heißt, die Beiträge richten sich nach der Gesundheit (bzw. dem Morbiditätsrisiko) der einzelnen Versicherten, insbesondere auch nach deren Alter. Risikoadäquate Beiträge reflektieren die Absicherungskosten unverzerrt und ermöglichen so ein hohes Maß an Wettbewerb auf dem Versicherungsmarkt. Sie sind auch gerechter, denn ungleiches gesundheitliches Verhalten wird nicht mehr gleich behandelt. Vor allem erlauben es solche Beiträge den Versicherten Kapitalrückstellungen zu bilden. Kapitalbildung ist unverzichtbar, wenn für die mit dem Alter steigenden Gesundheitskosten vorgesorgt werden soll. Wird für die Versicherten in jüngeren Jahren ein Kapitalstock aufgebaut, so kann dieser im Alter bei tendenziell deutlich höheren Ausgaben sukzessive aufgelöst werden. Ergebnis ist eine gewisse Glättung der individuellen Beiträge über den Lebenszyklus hinweg. Wichtiger aber noch ist, dass der einzelne Versicherte selbst bzw. dessen Versicherung für sein Alter vorsorgt. Anders als im heutigen Umlageverfahren wird die nachkommende Generation nicht belastet. Der Umstieg auf risikoadäquate Beiträge bedeutet allerdings, dass Kranke – insbesondere chronisch Kranke – dann hohe und mitunter sehr hohe Beiträge zu entrichten hätten. Das gilt vor allem auch für Ältere, weil die GKV für sie keine Rückstellungen gebildet hat. Eine finanzielle Überforderung der betroffenen Älteren und Kranken müsste in der Übergangszeit durch staatliche Hilfen vermieden werden. Der Bedarf an Transfers wäre vermutlich sehr hoch. Experten rechnen anfänglich mit einem Transfervolumen von bis zu 80 Mrd. Euro pro Jahr.

Als zweitbeste Lösung bieten sich daher Pauschalprämien (Gesundheitsprämien) an. Das heißt, alle Versicherten bezahlen unabhängig von ihrem Alter oder ihrer Gesundheit ei-

nen gleich hohen Beitrag, der den Aufwendungen für einen durchschnittlichen Versicherten entspricht. Altersrückstellungen können damit aber nicht adäquat gebildet werden. Pauschalprämien erfordern zudem Eingriffe in den Versicherungsmarkt. So kann zwar den Bürgern die freie Wahl eines Versicherers eingeräumt werden. Aber die Versicherungen müssen verpflichtet werden, jeden Bürger als Kunden zu akzeptieren (Kontrahierungszwang). Die Versicherungen können das nur leisten, wenn sie für die Aufnahme von Personen mit überdurchschnittlichen Risiken Ausgleichszahlungen erhalten. Einen entsprechenden Risikostrukturausgleich gibt es zwar schon heute unter den gesetzlichen Kassen. Allerdings müsste er effizienter und weniger wettbewerbsverzerrend gestaltet werden. Auf der Grundlage des bisherigen Leistungsumfangs berechnet würden die Pauschalprämien für Erwachsene Euro 170 – 200 pro Monat betragen, je nach dem ob Kinder beitragsfrei mitversichert bleiben oder nicht. Eine reine Basissicherung könnte mit niedrigeren Beiträgen auskommen. Gleichwohl bedarf auch das Modell der Gesundheitsprämien eines ergänzenden Solidarausgleichs. Er könnte sachgerecht im Steuer- und Transfersystem erfolgen: Bürger ohne oder mit nur geringem eigenen Einkommen erhielten vom Staat entsprechende Zuschüsse zu den Versicherungsprämien. Wegen der fehlenden Altersrückstellungen kann mit einem so konzipierten Gesundheitsprämienmodell jedoch nicht für den demografisch bedingten Ausgabenschub vorgesorgt werden. Die Prämien und folglich auch der Transferbedarf würden deswegen in den kommenden Jahrzehnten kräftig steigen. Nach Berechnungen der Universität Freiburg würden die erforderlichen Transfermittel von anfänglich Euro 25 Mrd. p.a. auf Euro 120 Mrd. bis 2050 expandieren. Dem könnte allerdings durch vermehrtes Vorsorgespahren der Bürger bei der betrieblichen oder der individuellen Vorsorge entgegen gewirkt werden.

Die Alternativen sind klar und offenkundig. Risikoabhängige Beiträge wären die bessere Alternative. Aber der richtige Zeitpunkt für einen Wechsel zu einem konsequent marktwirt-

schaftlichen Modell wurde schon in den 80er Jahren versäumt. Und heute noch ist ein solches Modell von den Vorstellungen der maßgeblichen politischen Kräfte meilenweit entfernt. Das heißt, diese Alternative steht praktisch nicht (mehr) zur Verfügung. Was bleibt ist das weniger ambitionierte Modell der einheitlichen Prämien, das gleichwohl einen Quantensprung gegenüber dem Status quo brächte.

Wer all das noch eine Weile verschiebt, gefährdet eine der wichtigsten Wachstumsfelder. Damit werden Beschäftigungschancen für unser Land verschenkt. Bei der demografischen Perspektive – Schrumpfung der Bevölkerung und Alterung – und dem zu erwartenden medizinisch-technischen Fortschritt dürfte der Anteil des Gesundheitssektors von derzeit 11 Prozent (Gesundheitsausgaben am BIP) auf bis zu 20 Prozent in 2040 steigen. Warum wollen wir Deutschen diesen Zug verpassen?

| 6 Autorenübersicht

Dr. med. Klaus Bittmann,

geboren 1943 in Pommern, studierte nach seinem Abitur in München Humanmedizin in Marburg. Es schloss sich die Ausbildung zum Facharzt für Gynäkologie und Geburtshilfe in Krefeld und Duisburg an. Von 1977 bis 2005 praktizierte Dr. Bittmann als niedergelassener Frauenarzt in Plön. Von 1984 bis 1992 war er Landesvorsitzender des Verbandes der niedergelassenen Ärzte in Schleswig-Holstein und seit 1988 Mitglied des Vorstandes der Kassenärztlichen Vereinigung. Im Jahr 1992 wurde er hier zum stellvertretenden Vorsitzenden gewählt. Von 1998 bis 2006 hatte er das Amt des Vorstandsvorsitzenden inne. Seit dem Jahr 2000 ist Dr. Bittmann Sprecher des Vorstandes der Ärztenossenschaft Schleswig-Holstein und wurde 2005 zum Vorsitzenden des Bundesverbandes der Ärztenossenschaften gewählt. Seit November 2006 ist Dr. Bittmann Bundesvorsitzender des NAV-Virchowbundes.

Dr. med. dent. Jobst-Wilken Carl

ist seit 2005 Vorsitzender der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Niedersachsen (KZVN). Nach dem Abschluss seines zahnmedizinischen Studiums in Würzburg und einer zweijährigen Assistentenzeit an der dortigen Universität, ließ sich Dr. Carl 1976 mit eigener Praxis in Osnabrück nieder, wo er bis heute als Vertragszahnarzt tätig ist. Viele Jahre war Dr. Carl für die Zahnärztekammer Niedersachsen tätig und außerdem bekleidete er von 1993 bis 2000 das Amt des Vizepräsidenten der Bundeszahnärztekammer.

Dr.-Ing. Felix Cornelius

Nach dem Studium der Informatik an der Technischen Universität Berlin war Dr. Felix Cornelius bis zum Abschluss seiner Promotion im Jahr 1998 dort als wissenschaftlicher Mitarbeiter tätig. Nach beruflichen Stationen als Unternehmensberater bei Mummert und Partner in Frankfurt, als beratender Gründer und Vorstand der Webman AG und der semantik solutions GmbH sowie als unabhängiger Unterneh-

mensberater, trat Dr. Cornelius 2004 zunächst als Leiter der Stabsabteilung Strategie & Unternehmensentwicklung in die POLIKUM Gruppe ein. Seit 2006 ist Dr. Cornelius Mitglied der Geschäftsleitung der POLIKUM Gruppe.

Dr. med. dent. Jürgen Fedderwitz

absolvierte sein zahnmedizinisches Studium in Mainz. Seit 1980 praktiziert er als niedergelassener Vertragszahnarzt. Von 1992 bis 2004 war Dr. Fedderwitz Vorsitzender der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Hessen. Seit 1994 ist er Mitglied des Vorstandes der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (KZBV). Im Jahr 2005 wurde er zum Vorstandsvorsitzenden gewählt. Darüber hinaus ist Dr. Fedderwitz seit 2004 Vorsitzender des Stiftungsrates des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen.

Anke Harney, RAin,

ist seit September 2005 in der ausschließlich auf Medizinrecht spezialisierten Kanzlei Rechtsanwälte Wigge mit den Standorten Münster und Lüdinghausen tätig. Anke Harney ist Autorin von Aufsätzen und Urteilsanmerkungen im Bereich des Medizinrechts. Sie hat an den Universitäten Münster und Trier studiert. Den praktischen Teil ihres Studiums absolvierte Anke Harney bei den Berufsgenossenschaftlichen Kliniken Bergmannsheil in Bochum sowie im Ausland.

Dr. Joachim Kartte,

Partner bei Roland Berger Strategy Consultants, leitet das Competence Center Pharma & Healthcare. Er berät Regierungen und Ministerien in gesundheitspolitischen Fragestellungen (z.B. Rürup-Kommission, Elektronische Gesundheitskarte, Integrierte Versorgung) sowie Krankenversicherer, Universitätskliniken und andere Anbieter im deutschen und internationalen Gesundheitsmarkt.

Dr. med. Andreas Köhler,

geb. 1960, studierte von 1981 bis 1987 Humanmedizin. An eine chirurgischen Weiterbildung schloss sich das Studium der Betriebswirtschaftslehre an. Nach beruflichen Stationen als Geschäftsführer einer Klinik und eines Hotels, trat Dr. Köhler in die ärztliche Selbstverwaltung ein, zunächst als Referent der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV), später als Referent für Grundsatzfragen in der Kassenärztlichen Vereinigung Südbaden. Von 2003 bis 2004 war Dr. Köhler Hauptgeschäftsführer der KBV, seit 2005 bekleidet er das Amt des Vorstandsvorsitzenden.

Otto Kutzschbach,

Jahrgang 1939, ist Diplomverwaltungswirt und war bis zu seinem vorzeitigen Ruhestand im Jahr 1990, den er aufgrund einer Herzerkrankung antrat, als Bundesbahnbeamter tätig. Seit 1992 ist Otto Kutzschbach insulinpflichtiger Diabetiker, 1993 musste er sich einer Herztransplantation unterziehen und ist seither chronisch krank. Otto Kutzschbach ist Mitbegründer der 2004 ins Leben gerufenen Arbeitsgemeinschaft Patientenverbände und Selbsthilfegruppen (APS) in Schleswig-Holstein. In der APS arbeiten mittlerweile mehr als 250 landesweite Selbsthilfegruppen und Patientenverbände zusammen.

Dr. med. Klaus Meyer-Lutterloh

Nach dem Studium der Humanmedizin in Göttingen und München und anschließender Weiterbildung, praktizierte Dr. Meyer-Lutterloh als niedergelassener Facharzt für Allgemeinmedizin bis ins Jahr 2000 zunächst in Oberbayern und später in München. Bis 2004 übte Dr. Meyer-Lutterloh mehrere Funktionen in ärztlichen Berufsverbänden und der ärztlichen Selbstverwaltung auf Landes- und auf Bundesebene aus. Seit 1997 ist er Vorstandsvorsitzender des Bundesverbandes Managed Care (BMC). Darüber hinaus war er Mitbegründer des 1998 ins Leben gerufenen Ärztenetzes MQM. 2001 vertrat Dr. Meyer-Lutterloh den BMC am Runden Tisch des Bundesgesund-

heitsministeriums in der Arbeitsgruppe Integrierte Versorgung. Im Verein für integrative Patientenversorgung (ViP) arbeitete Dr. Meyer-Lutterloh 2001 an der Entwicklung des Zukunftsmodells eines sektorübergreifenden medizinischen Versorgungsverbundes mit, genannt »Brannenburger Modell«.

Franz-Josef Müller

ist Volkswirt und Ingenieur. Seit mehreren Jahren ist er in der ärztlichen Berufspolitik aktiv. Franz-Josef Müller unterhält die Homepage www.brain2doc.de, auf der ausführliche Informationen zum Systemausstieg nachgelesen werden können.

Dr. Karsten Neumann

ist Senior Project Manager im Healthcare Team von Roland Berger Strategy Consultants. Er berät Kostenträger und Leistungserbringer, Ministerien und Industrieunternehmen mit Gesundheitsbezug. Sein besonderer Schwerpunkt liegt auf den »neuen« Themen im Gesundheitswesen wie beispielsweise dem »Zweiten Gesundheitsmarkt«.

Dr. med. Jochen-Michael Schäfer

praktiziert als niedergelassener Facharzt für Allgemeinmedizin in Kiel. Im Jahr 2000 wurde Dr. Schäfer zum Vorsitzenden des Verbandes der Privatärztlichen Verrechnungsstellen (PVS) gewählt. In der Kassenärztlichen Vereinigung Schleswig-Holstein ist Dr. Schäfer Vorsitzender der Abgeordnetenversammlung und Vorsitzender der HVM-Ausschusses.

Dr. Dr. Christian Scherer

ist Wirtschaftswissenschaftler und Mediziner. Er ist Vorstandsvorsitzender der Kieferorthopädie Treuhand e. G. Berlin und praktiziert als Facharzt für Kieferorthopädie in Gemeinschaftspraxis.

Peter Scholich

wurde am 19. Juni 1953 in Konstanz am Bodensee geboren. Nach dem Studium der Rechtswissenschaften in Köln ließ er sich 1984 als freier Anwalt nieder und betreute als Rechtsberater zahnärztliche Verbände und Körperschaften. 1985 wurde Peter Scholich Fachanwalt für Sozialrecht mit dem Tätigkeitsschwerpunkt Arzt- und Krankenhausrecht. Am 1. August 1993 trat er in die Privatärztliche VerrechnungsStelle Rhein-Ruhr ein. Seit dem 9. Juli 2002 ist Peter Scholich Geschäftsführer der PVS Rhein-Ruhr, der PVS Berlin-Brandenburg und der PriA.

Frank Schramm

ist Rechtsanwalt und Notar sowie Fachanwalt für Medizinrecht und Arbeitsrecht. Seit 1982 ist er als selbständiger Rechtsanwalt in Kiel tätig. Bis 1999 lag der Schwerpunkt seiner Arbeit im Wirtschaftsrecht, seitdem steht das Medizinrecht im Zentrum seiner Tätigkeit. Frank Schramm ist Justitiar des Berufsverbandes Deutscher Kieferorthopäden e. V., des Berufsverbandes Deutscher Urologen e. V. und des Berufsverbandes niedergelassener Kinderchirurgen e. V.

Dr. med. Conrad C. Singe

ist seit 1989 als niedergelassener Arzt in einer privatärztlichen Praxis für Innere Medizin und Gastroenterologie in Ludwigshafen tätig. Sein humanmedizinisches Studium absolvierte Dr. Singe in Köln. Auf Staatsexamen, Approbation und Dissertation folgten anderthalb Jahre Assistenzarztstätigkeit in der chirurgischen Abteilung des Krankenhauses Porz/Rh. als Stabsarzt. Anschließend führte ihn sein Weg an die Medizinische Klinik St.- Elisabeth Krankenhaus Köln-Hohenland und an die I. Universitätsklinik Mainz. 1986 legte Dr. Singe die Facharztprüfung zum Internisten ab und erhielt 1988 die Zusatzbezeichnung Gastroenterologe. Seit 2005 ist Dr. Singe Vorsitzender der Privatärztlichen VerrechnungsStelle Kurpfalz und wurde 2006 in den Bundesvorstand des PVS Verbandes berufen.

Ralf Sjuts

Seit 2004 ist Ralf Sjuts Vorstandsvorsitzender der Deutschen BKK. Nach seiner Ausbildung bei der AOK Friesland und diversen Weiterbildungen, führte sein beruflicher Werdegang ihn zunächst zum AOK Bundesverband nach Bonn. Nach Stationen als Geschäftsführer der Betriebskrankenkasse des Energieversorgers EWE, als Vorstandsvorsitzender der fusionierten BKK ÜNH-EWE und als Vorstandsmitglied der BKK Post, kam Ralf Sjuts im September 2001 als Vorstandsvorsitzender der Volkswagen BKK nach Wolfsburg.

Prof. Dr. rer. pol. Norbert Walter

studierte Volkswirtschaftslehre an der Johann-Wolfgang-Goethe-Universität in Frankfurt am Main. Nach seiner ersten beruflichen Station am Institut für Kapitalmarktforschung wechselte er nach abgeschlossener Promotion im Jahre 1971 an das Institut für Weltwirtschaft in Kiel. 1978 wurde er zum Professor und Direktor des Instituts ernannt. Seit 1987 ist Prof. Walter für die Deutsche Bank tätig. Heute ist Prof. Walter Geschäftsführer der Deutsche Bank Research und Chefvolkswirt der Deutsche Bank Gruppe. Auf der Internetseite www.norbertwalter.de informiert Prof. Walter, welche gesellschaftlich relevanten Themen er aktuell bearbeitet.

Dr. iur. Peter Wigge

führt seit 2001 eine ausschließlich auf das Medizinrecht spezialisierte Kanzlei an den Standorten Münster und Lüdinghausen. Die medizinrechtlichen Schwerpunkte der Kanzlei erstrecken sich auf das Arzt- und Zahnarztrecht, das Vertragsarztrecht, das Arzneimittel- und Medizinprodukterecht, das Krankenhausrecht sowie das Apothekenrecht. Vorausgegangen waren Tätigkeiten als Fraktionsreferent der FDP-Bundestagsfraktion für den Bereich Gesundheitspolitik sowie für das Bundesgesundheitsministerium. Heute ist Dr. Wigge Rechtsberater verschiedener berufsständischer Einrichtungen der Ärzte, Zahnärzte und Apotheker. Seit 2001 ist Dr. Wigge

Lehrbeauftragter an der Universität Münster. Darüber hinaus ist Dr. Wigge Vorstandsmitglied im Bundesverband Managed Care (BMC).

| Impressum

Herausgeber

PVS Verband – Verband der Privatärztlichen
VerrechnungsStellen e.V. Berlin,
Straßmann-Haus, Schumannstraße 18, 10117 Berlin

Autoren

→ Seite 191

Realisierung

Reihenkonzept: Stefan Tilgner, M.A., PVS Verband
Layout & Satz: FGS Kommunikation, Berlin
Grafik: FGS Kommunikation, Berlin
Repro & Druck: Druckhaus C. Schröter, Mühlhausen
Schrift: Emigre Tarzana, FF Quadraat
Papier: IGEPa Invercote, Munkun Premium Cream

© 2007

Eigenverlag des PVS Verbandes
1. Auflage, Februar 2007
ISBN 3-9809893-4-8
Printed in Germany

Die Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) haben im Rahmen der Gesetzlichen Krankenversicherung eine Schlüsselstellung. Ihnen obliegt die Sicherstellung der ambulanten medizinischen Versorgung durch die niedergelassenen Ärzte. In ihrer Funktion sind sie Diener zweier Herren: sie sind zugleich Interessenvertretung der Vertragsärzte und unterstehen als Körperschaft des öffentlichen Rechtes der staatlichen Aufsicht.

Das KV-System gerät zunehmend unter Druck. Die Unzufriedenheit der Vertragsärzte steigt. Einige Facharztgruppen bereiten mit dem Korbmodell den kollektiven Systemausstieg vor. Während Kritiker die KVen als Handlanger im Dienste der Gesundheitssparpolitik betrachten, schätzen andere die ärztliche Selbstverwaltung als Schutz vor entfesseltem Wettbewerb und noch mehr staatlicher Bevormundung. Gleichzeitig ändert sich die medizinische Versorgungslandschaft. Seit dem GKV-Modernisierungsgesetz besteht die Möglichkeit, im Rahmen der Integrierten Versorgung Direktverträge mit den Leistungserbringern zu schließen, ohne Beteiligung der KVen.

Dieser Band erteilt allen maßgeblichen Akteuren das Wort und eröffnet Ausblicke auf das medizinische Versorgungssystem der Zukunft.

