

# Integrierte Versorgung auf dem Weg zur Regelversorgung –

## Bisheriger Entwicklungsprozess und Neuerungen durch das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz

*Wohl kaum ein gesundheitspolitisches Thema wird derart kontrovers diskutiert wie die Frage, ob und wie Wettbewerb die Qualität der Versorgung verbessert und die Allokation der Ressourcen optimiert. Während in den siebziger und achtziger Jahren Ideologie und Ordnungspolitik der Auseinandersetzung grundsätzlichen Charakter verliehen, steht seit Einführung von Kassenwahlfreiheit und kassenartenübergreifender Solidarität über einen Risikostrukturausgleich mit dem Gesundheitsstrukturgesetz (GSG) aus dem Jahr 1992 die konkrete Ausgestaltung der Rahmenbedingungen mit dem Ziel eines qualitäts- und innovationsfördernden Wettbewerbs auf der Tagesordnung jeder Gesundheitsreform. Der folgende Beitrag zeichnet die historische Entwicklung der Integrationsversorgung in einem wettbewerblichen Kontext nach und bewertet ihre Zukunftsperspektiven*

■ Franz Knieps

### Von der ständischen Ordnung zur Kassenwahlfreiheit

Mit dem Abbröckeln der ständischen Ordnung des Arbeitslebens wurde die Unterscheidung zwischen Arbeitern und Angestellten nicht nur im Arbeitsrecht obsolet. Auch in der Sozialversicherung ließen sich Strukturen, die allein am Berufsstand, einer Branchenzugehörigkeit oder am Einkommen anknüpfen, weder sozialpolitisch noch verfassungsrechtlich legitimieren. Renten-, Kranken- und Pflegeversicherung wurden ihres traditionellen Bezugsrahmens entkleidet und grundlegend reorganisiert. Während die Rentenversicherung ihr traditionelles Zuweisungssystem behielt und der Schwerpunkt der organisatorischen Neuordnung durch den föderalen Staatsaufbau geprägt war, wurde die Mischung aus Zuweisungs- und Wahlsystem in der Kranken- und Pflegeversicherung durch eine Öffnung (fast) aller Krankenkassen für alle Versicherten abgelöst. Die Renten- und die Pflegeversicherung behielten das Zuweisungssystem und den einheitlichen Finanzverbund mit einheitlichem Beitragssatz bei, während der ausgabenorientierte Finanzverbund in der Krankenversicherung der Rentner aufgelöst und insgesamt durch einen kassenartenübergreifenden Risikostrukturausgleich abgelöst wurde. Privilegien einzelner Kassenarten im Organisations-, Mitgliedschafts-, Beitrags- und Leistungsrecht wurden schrittweise abgebaut zu

Gunsten einer einheitlichen, wettbewerblich ausgerichteten Rahmenordnung. Die kollektivvertraglichen Beziehungen zu den Leistungserbringern mit einer starken Ausprägung des einheitlichen und gemeinsamen Handelns aller Kassen und Kassenarten auf Bundes- und Landesebene wurden nur zugunsten einer auf Modellprojekte (F + E) beschränkten Ausnahmeregelung gelockert. Ansonsten wurden in den neunziger Jahren die Tendenzen zur Zentralisierung und Korporatisierung des Vertragsgeschäfts, die bereits vor dem Gesundheits-Reformgesetz (GRG) aus dem Jahr 1988 sichtbar waren, fortgeschrieben und an die Kostendämpfungspolitik seit dem Krankenversicherungskostendämpfungsgesetz (KVKG) aus dem Jahr 1977 angeknüpft. Daher blieb die Idee einer qualitätsorientierten Wettbewerbsordnung mit Schwerpunktsetzung auf einer differenzierten Vertragspolitik lange Zeit ohne realistische Umsetzungschancen für innovative Krankenkassen und Leistungserbringer.

Dieser Prozess ist bis heute noch nicht vollständig abgeschlossen. So werden im GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) die Sondersysteme Knappschaftliche Krankenversicherung und See-Krankenkasse für den allgemeinen Wettbewerb geöffnet, doch können geschlossene Betriebs- und Innungskrankenkassen diesen Status ebenso aufrecht erhalten wie das Sondersystem der Landwirtschaftlichen Krankenversicherung, das erst nach einer umfassenden Finanzreform der landwirtschaftlichen Sozialpolitik in das Gesamtsystem der wettbewerblichen Krankenversicherung eingegliedert werden könnte. Schließlich harren auch die unterschiedlichen

*Franz Knieps, Leiter der Abteilung Gesundheitsversorgung, Krankenversicherung, Pflegesicherung im Bundesministerium für Gesundheit, Bonn/Berlin\**

Selbstverwaltungsstrukturen bei den einzelnen Kassenarten einer Harmonisierung, ehe man von einem einheitlichen Ordnungsrahmen für alle Krankenkassen sprechen könnte.

### Die Etablierung einer neuen Wettbewerbsordnung und ihre Auswirkungen

Trotzdem hat die Harmonisierung der rechtlichen Rahmenbedingungen erhebliche ökonomische Auswirkungen auf Kassen und Kassenarten. Die Erscheinungsformen des Wettbewerbs und die entsprechenden Mitgliederbewegungen haben sich speziell nach Einführung der Kassenwahlfreiheit spürbar verändert. Bis zum Jahr 1996 verloren die so genannten RVO-Kassen – also Orts-, Betriebs- und Innungskrankenkassen – kontinuierlich Mitglieder an die Arbeiter- und Angestellten-Ersatzkassen. Der Übertritt zu einer Angestellten-Ersatzkasse war mehr eine Frage des Sozialprestiges als eine der finanziellen Entlastung. Sie dokumentierte den Aufstieg vom Arbeiter zum Angestellten, vom Blaumann zum weißen Kragen. Zumindest bis in die achtziger Jahre lag der Beitragssatz der großen Ersatzkassen oberhalb des Niveaus vieler RVO-Kassen. Darauf kam es aber den Betroffenen wohl weniger an. Beim Übergang vom Arbeiter- zum Angestelltenstatus erhielten die Versicherten ein Wahlrecht zu bisher ihnen verschlossenen Krankenkassen. Die Ausübung dieses Wahlrechts war offenbar ein Wert an sich. Dies sah auch der Gesetzgeber des GSG so, als er eine Ausweitung des Zuweisungssystems, die vor allem von der Bundesvereinigung der deutschen Arbeitgeberverbände vorgeschlagen wurde, ablehnte und die Ersatzkassen – teilweise gegen deren erbitterten Widerstand – für alle Versicherten öffnete. Gleichzeitig sollte ein Risikostrukturausgleich für faire Wettbewerbsbedingungen sorgen und größere Beitragssatzunterschiede zwischen den Kassen eibebnen.

Die Erwartungshaltung des Gesetzgebers lief darauf hinaus, diese neue Rahmenordnung werde zur Angleichung des strukturellen Unterschiede im Mitgliedergefüge und damit auch im Beitragssatzniveau zwischen Kassen und Kassenarten führen. Diese Erwartungshaltung wurde zumindest zeitweise erfüllt. Extreme Ausreißer in der Beitragssatzlandschaft wurden seltener. Zumindest zwischen den Kassenarten näherten sich die Niveaus sich schnell an. Dies galt insbesondere für AOKs und Ersatzkassen. Dramatische Mitgliederverluste – Experten prognostizierten 1995 jährlich Bewegungen von bis zu 20% der GKV-Mitglieder – traten nicht ein. Allerdings setzte sich mehr und mehr der Beitragssatz als entscheidender Wettbewerbsparameter durch. Imagefragen traten – auch befördert durch geschickte Marketing-Ideen, wie z. B. die Gesundheitskasse als Synonym für Prävention in der AOK – in den Hintergrund. Mitgliederbewegungen pendelten sich zwischen 2 und 3 % pro Jahr ein. Gewinner wurden immer stärker beitragsatzgünstigere Krankenkassen, unabhängig davon, welcher Kassenart sie angehörten.

### Der Morbi-RSA als Reaktion auf Fehlentwicklungen im Kassenwettbewerb

Misstöne in der neuen Wettbewerbswelt der Krankenkassen erzeugte vor allem die Tatsache, dass Betriebe und Innungen legitimiert blieben, neue Krankenkassen zu gründen. Deren Neu- oder Ausgründungen sowie strategisch ausgerichtete Öffnungen bisher geschlossener Krankenkassen beeinflussten den Wettbewerb seit Ende der neunziger Jahre stärker als die herkömmlichen Mitgliederbewegungen zwischen etablierten Krankenkassen. Zusätzlich befeuert wurde die Diskussion durch eine Ausrichtung neuer Anbieter als so genannte „virtuelle Krankenkassen“ ohne flächendeckendes Geschäftsstellennetz und wohnortnahe Betreuung. Einzelne Exzesse bei der Abwehr schlechter Risiken und spektakuläre finanzielle Schief lagen infolge von Fehleinschätzungen der künftigen Zahlungen an oder aus dem Risikostrukturausgleich zwangen den Gesetzgeber wiederholt, die wettbewerbliche Rahmenordnung zu ändern. Bis zum Inkrafttreten einer „solidarischen Wettbewerbsordnung“ wurde mit dem GKV-Modernisierungsgesetz (GMG) zudem ein Öffnungsmoratorium verfügt, um die großen Versorgerkassen von neuen Mitbewerbern mit geringer Gesundheits- und Solidarlast zu schützen. Bereits etablierte Kassen, die von der Philosophie der Direktversicherung geleitet werden, blieben davon unberührt und konnten seit der Jahrtausendwende größere Mitgliedererfolge erzielen. Das Internet wirkt dabei als (gewollte) Selektionsgrenze zwischen alter und neuer Kassenwelt.

Um unerwünschten Fehlsteuerungen entgegenzuwirken, sollte der Risikostrukturausgleich zu einem morbiditätsorientierten Ausgleich weiterentwickelt werden, der die unterschiedlichen Krankheitslasten der jeweiligen Versichertenpopulation präziser ausgleicht. Erst mit dem GKV-WSG konnte der Weg endlich frei gemacht werden zum Morbi-RSA, dessen gesetzliche Verankerung schon im Jahr 2002 beschlossen war, dessen Umsetzung aber von den unionsgeführten Bundesländern blockiert worden war. Zusammen mit der Vervollständigung des Grundlohnausgleichs im Gesundheitsfonds wird das GKV-WSG für die bisher benachteiligten Kassen die Wettbewerbsbedingungen durch eine faire Verteilung der Beitragseinnahmen deutlich verbessern und die Ausgabenunterschiede, die nicht durch Management der Kassen zu beeinflussen sind, weiter reduzieren. Dabei gibt sich niemand der Illusion hin, ein solcher Morbi-RSA könne die Morbiditätslast vollständig ausgleichen, zumal die gesetzliche Neuregelung in den §§ 266 ff. SGB V die Zahl der zu berücksichtigenden Krankheiten auf 50 bis 80 begrenzt und eine Kostenschwelle vorsieht. Es sind immer nur Annäherungen an das gewünschte Ziel denkbar, den Wettbewerb von Risikoselektion frei zu halten und auf die Parameter Qualität und Effizienz zu fokussieren. Schließlich sind auch die Schaffung eines einheitlichen Spitzenverbands Bund anstelle der sieben bzw. acht Kassenarten bezogenen Bundesverbände und die Ermöglichung kassenartenübergreifender Fusionen sowie der Verzicht auf den Parlamentsvorbehalt mit Staatsver-

trägen bei länderübergreifenden Fusionen von Ortskrankenkassen klare Belege dafür, dass der Gesetzgeber die traditionelle Gliederung der Kassenlandschaft für überholt erachtet.

Stattdessen sind Wahlfreiheit und Wettbewerb zentrale Elemente eines neuen Organisationsgefüges in der gesetzlichen Krankenversicherung. Dabei ist es durchaus konsequent, die Finanzordnung an diese Veränderungen anzupassen, einen Gesundheitsfonds mit einheitlichem Beitragssatz einzuführen und den Wettbewerb auf einen positiven oder negativen Zusatzbeitrag zu lenken. Um einen Zusatzbeitrag zu vermeiden, werden Krankenkassen alle Anstrengungen unternehmen müssen, Wirtschaftlichkeitspotenziale zu erschließen. Die Kritik von Kassen- und Verbandsmanagern an dieser gewollten Stoßrichtung des Zusatzbeitrags, man zwinge sie zum Abbau von Leistungen, ist im Wirtschaftsleben mehr als unüblich. Andere Branchen reagieren auf erhöhten Wettbewerbsdruck mit Produktivitätssteigerungen und Innovationen. Leistungseinschränkungen und Qualitätsabbau dürften aber auch für Krankenkassen keine realistische Option sein, denn die Abstimmung mit den Füßen und eine wachsame Öffentlichkeit werden solche Strategien schnell zu einem (existenzgefährdenden) Imageproblem anwachsen lassen. Deshalb wird wohl jede Krankenkasse versuchen, im Rahmen der nach § 53 SGB V möglichen Tariffdifferenzierungen eine Variante ohne Zusatzbeitrag anzubieten. Um einem schleichenden Ausstieg aus (primär familienpolitisch motivierten) Satzungsleistungen zu begegnen, hat der Gesetzgeber zudem alle Leistungen der Rehabilitation, Eltern-Kind-Kuren und Impfungen zu Pflichtleistungen deklariert und ein umfassendes Berichtswesen als Controllinginstrument für die tatsächliche Inanspruchnahme etabliert.

### **Von der gemeinsamen und einheitlichen Vertragspolitik zu wettbewerblich gestalteten Versorgungsstrukturen und Versorgungsprozessen**

Obwohl Deutschland mit rund 12% des Bruttoinlandsprodukts eine vergleichsweise hohe Summe für Gesundheit aufwendet, haben viele Akteure, insbesondere wissenschaftlich geschulte Analytiker, Zweifel an der Effektivität der Versorgung und an der Effizienz des Mitteleinsatzes. Unabhängig vom ordnungs- und parteipolitischen Standpunkt kommen sie bei weitgehend gleichlautenden Analysen zum Ergebnis, dass die Qualität im deutschen Gesundheitswesen erhöht werden muss, um den Mitteleinsatz in dieser Höhe als adäquat anzusehen. Dabei ist man sich weitgehend einig, die Beziehungen zwischen Krankenkassen bzw. ihren Verbänden und Leistungserbringern zu flexibilisieren. Einer der Auslöser dafür war die Feststellung, dass in Deutschland Über-, Unter- und Fehlversorgung dicht nebeneinander existieren. Überkapazitäten in städtischen Ballungsgebieten konnten trotz verstärkter Regulierung nicht abgebaut werden, während in ländlichen Gebieten nicht nur der neuen Bundesländer (Haus-)Ärztemangel droht und zum

Teil schon besteht. Erhebliche Varianzen in der Qualität der Versorgung lassen sich medizinisch allein nicht erklären. Die Instrumente der staatlichen und der korporatistischen Bedarfsplanung haben sich als ungeeignet erwiesen, Kapazitäten an Bedarf und Bedürfnisse der Patienten sowie an die Möglichkeiten der Medizin anzupassen. Internationale Vergleiche zeigen, dass Deutschland eine hohe Arzt- und Bettendichte, eine hohe Fallzahl, einen hohen Verbrauch an Medikamenten und Medizinprodukten, eine lange Verweildauer in stationären Einrichtungen und andere aufwendige Input-Indikatoren ausweist, ohne bessere Output-Resultate, z. B. eine geringere Mortalität oder Morbidität, höhere Qualitätsstandards, geringere Komplikationen, höhere Zufriedenheitsraten etc. zu erzielen. Die Anzeichen für (ungewollte und unsystematische) Rationierung nehmen zu. Der professionelle Widerstand gegen eine evidenzbasierte Medizin, eine übergreifende Qualitätssicherung und ein patientenorientiertes Risikomanagement schwächt sich zwar ab, ist aber bei manchen Funktionären des deutschen Gesundheitswesens noch immer Teil ihrer plumpen Rhetorik.

Neben den von vielen Beteiligten geäußerten, oft unspezifischen Kritikpunkten am System, werden weiterhin spezifische Fehlentwicklungen in der Gestaltung der Versorgungsstrukturen und in der Steuerung der Versorgungsprozesse aufgezeigt, die trotz mehrerer grundlegender Strukturreformen und zahlreicher weiterer Gesetzgebungsvorhaben in den letzten dreißig Jahren nicht behoben werden konnten. In erster Linie wird hierfür die strenge Abschottung der Versorgungsbereiche verantwortlich gemacht. Dies gilt nicht nur für die im internationalen Vergleich einmalige Trennung von ambulanter und stationärer Versorgung mit Vorhaltung einer doppelten Facharztstruktur, sondern auch für die Grenzen zwischen Akutversorgung und Rehabilitation sowie zwischen medizinischer und pflegerischer Versorgung bzw. sozialer Betreuung. Die trotz zahlreicher Gegenmaßnahmen weiterhin zu beobachtende Auseinanderentwicklung von hausärztlicher und fachärztlicher Versorgung wird kritisch gesehen. Folge der zu starken „Zergliederung“ des deutschen Gesundheitswesens, die sich speziell in nicht kompatiblen Finanzierungs-, Organisations- und Honorierungssystemen manifestiert, ist eine sektorale Betrachtungsweise von ganzheitlichen Versorgungsproblemen. Diagnose und Behandlung werden zwar innerhalb des Sektors optimiert, die Schnittstellen zu jeweils anderen Sektoren dabei jedoch vernachlässigt.

Gerade an diesen Schnittstellen entstehen häufig Wartezeiten, Doppeluntersuchungen, Behandlungsdiskontinuitäten und Fehlentscheidungen. Aus der ganzheitlichen Perspektive eines Patienten werden seine Probleme so zerteilt, dass sie ins jeweilige Versorgungssegment passen. Auf dem Rücken desjenigen, der eigentlich im Mittelpunkt des Gesundheitswesens stehen soll, werden Gruppenegoismen und Verteilungskonflikte ausgeglichen. Statt sich einer Gesamtbetrachtung zu öffnen, mauern sich viele Akteure im jeweiligen Versorgungssegment ein oder versuchen Terrain in anderen Versor-

gungssegmenten ohne Rücksicht auf Patientenbedürfnisse zu gewinnen. Der Wandel des Krankheitspektrums hin zu Erkrankungen mit chronisch degenerativem Verlauf, zunehmende Multimorbidität im Alter, die wachsenden Möglichkeiten in Medizin, Pflege und Betreuung stoßen an die Grenzen einer sektoralen, häufig extrem spezialisierten Betrachtungsweise. Der Mangel an Kommunikation und Kooperation im Gesundheitswesen wird beim Übergang von der Industrie- zur Dienstleistungsgesellschaft und der Weiterentwicklung zur Informations- und Wissensgesellschaft besonders spürbar. Das Gesundheitswesen schottet sich zu sehr ab gegenüber Erkenntnissen aus anderen Branchen und anderen Ländern.

Diese Defizite in der Versorgung wurden vielfach für bestimmte Krankheitsbilder und für besonders gefährdete Bevölkerungsgruppen aufgearbeitet, wobei Probleme beim Zugang zu Gesundheitsleistungen in Deutschland noch immer weitestgehend tabuisiert werden. Auf der anderen Seite ist nicht zu verkennen, dass für Diabetes, Asthma, Rheuma, Hypertonie, Herzinsuffizienz, Schlaganfall, koronare Herzkrankungen sektorübergreifende, evidenzbasierte Versorgungskonzepte im Vormarsch sind und den spezifischen Versorgungsproblemen von Kindern, Jugendlichen, jungen Familien, gesundheitlich exponierten Menschen, Migranten, älteren und hochbetagten Personen ebenso Aufmerksamkeit geschenkt wird wie den Geschlechterfragen in der Gesundheitsversorgung. Die Umsetzung neuer Versorgungskonzepte, an deren Entwicklung in der Regel neben professionellen Akteuren auch die Betroffenen in Form von Selbsthilfegruppen und Patientenvertretern beteiligt sind, stieß jedoch auf vielfältige rechtliche ökonomische und politische Hindernisse.

Der Gesetzgeber hat die Unzufriedenheit vieler Versicherter und Patienten, aber auch professioneller Leistungserbringer mit der strukturellen Verkrustung des deutschen Gesundheitswesens registriert und – zumindest für den sozialrechtlichen Bereich – weitreichende Flexibilisierungsmöglichkeiten geschaffen. Dies gilt insbesondere für die Gesundheitsgesetzgebung seit dem Jahr 1999. Beispielhaft sei hier auf das Vertragsarztrechtänderungsgesetz (VÄG) aus dem Jahre 2006 verwiesen. Er hat darüber hinaus mit der Integrierten Versorgung seit 1999 ein neues Versorgungsleitbild kreiert, das bewusst nicht als Provisorium angelegt ist, sondern eine neue Angebotsform sein soll, die künftig die Regelversorgung ausmachen soll. Dabei hat er auf die vielfach kritisierte Regulierungstiefe des bisherigen Vertragsarztes verzichtet und den Akteuren im Gesundheitswesen wesentlich mehr Spielraum für differenzierte Versorgungsansätze eingeräumt. Speziell den korporatistischen Akteuren, die vielfach als eine Hauptursache für die Erstarrung im deutschen Gesundheitswesen angesehen werden, werden dabei Grenzen gesetzt. Sie können neue Versorgungsformen aktiv fördern, gegebenenfalls auch an ihnen teilnehmen. Sie dürfen diese aber nicht mehr verhindern. Das Initiativabschlußrecht steht in den meis-

ten neuen Versorgungsformen den einzelnen Krankenkassen und den einzelnen Leistungserbringern zu. Die etablierten Grenzen zwischen Kassen und Kassenarten werden ebenso durchbrochen wie die sektorale Ausrichtung. Versuche mancher Ewiggestriger, die alte Ordnung über andere Instrumente, wie das Wettbewerbs- und Kartellrecht, das Leistungsrecht, das Gesellschaftsrecht oder vor allem das Berufsrecht zu bewahren und immer wieder das Heil im europäischen Recht zu suchen, können an der prinzipiellen Umorientierung der Gesundheitspolitik zu neuen Versorgungsformen nichts ändern. Die politischen Auseinandersetzungen kreisten nicht mehr um das Ob der Veränderungen, sondern allein um das Wie.

Politisch gibt es kaum eine Alternative dazu, dass der Gesetzgeber sich im Interesse größerer Steuerungsfähigkeit auf eine Rahmengesetzgebung beschränkt und Regulierungstiefe wie Regulierungsdichte deutlich zurücknimmt. Korporatistische Akteure werden damit nicht per se überflüssig, dürfen aber nicht länger die Herausbildung und Entwicklung von Versorgungsformen blockieren und verhindern. Ihre öffentlichen Aufgaben werden künftig darin bestehen, das notwendiger Weise Einheitliche für alle Versorgungsformen zu regeln. Hierzu zählen u. a. die finanzielle Stabilisierung des Gesundheitswesens, die Gewährleistung hoher Standards für die Qualität und Effizienz der Versorgung oder die Sanktionierung von Regelverletzungen. Schon bei der Bedarfsplanung oder bei der Gestaltung der Vergütungs- oder Finanzierungssysteme ist es fraglich, ob diese dauerhaft zu den Aufgaben der korporatistischen Akteure gehören oder ob nicht ein schrittweiser Übergang auf die einzelwirtschaftliche Ebene denkbar und wünschenswert ist. Präferiert wird eine Ordnung, die darauf abzielt, hohe Ansprüche an Fairness zu stellen und Risikoselektion aktiv einzudämmen. Eine solidarische, auf Qualität ausgerichtete Ordnung für die Gesundheitsversorgung der gesetzlich Krankenversicherten hat deshalb mit gesundheitspolitischen Zielsetzungen, entsprechend ausgerichteten Steuerungsanreizen und Sanktionen bei Regelverletzungen einherzugehen.

Die einzelwirtschaftliche Ebene, die in einem komplexen Gesundheitswesen nicht unbedingt identisch ist mit der einzelnen Krankenkasse oder einzelnen Leistungserbringern, sondern stärker von managementfähigen Netzwerken geprägt sein sollte, kann zur entscheidenden Steuerungsebene des Gesundheitswesens werden. Wettbewerb in den Vertragsbeziehungen zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern soll trotz aller politischen Risiken für Solidarität, Transparenz, Gleichbehandlung und Humanität perspektivisch ein wichtiges Steuerungsinstrument für die Gesundheitspolitik sein, das der Komplexität angemessen und der Innovationsfähigkeit des Gesundheitswesens förderlich ist. Ein geordneter Vertragswettbewerb um Qualität und Effizienz kann zu einer neuen Ordnungsform mit neuen Finanzierungsanreizen in der Versorgung führen. Seine Ausprägungen werden wiederum das Berufs-, Wettbewerbs- und

Kartellrecht sowie das Leistungsrecht von GKV (und PKV) nicht unverändert lassen.

### **Neue Gestaltungsmöglichkeiten im qualitätsorientierten Vertragswettbewerb**

Für eine Ausrichtung des Wettbewerbs auf Qualität und Wirtschaftlichkeit kommt es entscheidend auf die Gestaltungsmöglichkeiten der Krankenkassen gegenüber ihren Versicherten und gegenüber den Leistungserbringern als Träger der Versorgung an. In beiden Bereichen haben die Gesundheitsreform 2000, das GMG, das VÄG und das GKV-WSG die Bedingungen fundamental verändert. Das Verhältnis zwischen der Krankenkasse und ihren Mitgliedern ist wesentlich flexibler geworden. Neben dem Normaltarif mit Sachleistung wird der Versicherte von der jeweiligen Krankenkasse autonom gestaltete Wahltarife wählen können. Kassen können an Stelle der Sachleistungen Kostenerstattung anbieten mit der Folge, dass der Versicherte beim Arzt zum Privatpatienten wird. Die Kostenerstattung muss sich dabei nicht auf die Finanzierung des privatärztlichen Honorars in Höhe eines vergleichbaren Satzes von gesetzlich Versicherten beschränken, sondern darf sich im gleichen Rahmen wie in der privaten Krankenversicherung bewegen. Damit wird das Wettbewerbsverhältnis von gesetzlichen Krankenkassen zu privaten Versicherungsunternehmen grundsätzlich neu gestaltet.<sup>1</sup> Für Versicherte, die einen Übertritt zur PKV erwägen, dürfte auch das Angebot von Selbstbehalten attraktiv sein. Für die Intensivierung des Wettbewerbs um bessere und effizientere Versorgung dürfte aber vor allem interessant sein, dass Krankenkassen künftig verpflichtet sind, einen Hausarzttarif anzubieten, und dass sie neue Möglichkeiten zur Ausgestaltung der Versorgung mit speziellen Tarifen verknüpfen können. Vorbild sind so genannte Preferred-Provider-Tarife im Managed Care System der USA. Versicherte, die sich einem intensiveren Care- und Case-Management ihrer Kasse oder von ihrer Kasse beauftragten Organisationen anvertrauen, sollen hierfür tarifäre Anreize erhalten. Damit wird eine Brücke zwischen Leistungsrecht und Vertragsrecht geschlagen. Schließlich dürfte die PKV schmerzen, dass die GKV auch Tarife anbieten darf, die bisher eine Domäne ihres Versicherungszwangs waren, so z.B. Chefarztbehandlung oder Unterbringung im Ein- oder Zweibettzimmer. Ob auch Leistungen, die nicht zum Leistungskatalog der GKV gehören, von Krankenkassen angeboten werden dürfen, erscheint fraglich. Die spannende Frage wird sein, ob sich solche Tarife aus sich selber rechnen. Denn der Gesetzgeber lehnt eine Quersubventionierung der Wahltarife ab. Es ist jedoch un schwer vorherzusagen, dass den Krankenkassen ein gewisser Spielraum bei der Kalkulation der Tarife verbleiben muss. Erst die Praxis wird zeigen, welchen Realitätsgehalt entsprechende Schätzungen besitzen.

Die wettbewerbsfördernde Wirkung von neuen Versorgungstarifen ist insbesondere davon abhängig, dass die Krankenkassen das Versorgungsgeschehen effizienter

steuern können als heute. Hierzu haben die Gesetze seit der Jahrtausendwende zahlreiche neue Instrumente geliefert und Wettbewerbshindernisse beseitigt. Krankenkassen können künftig allein, in Kooperation mit anderen Kassen oder – wie heute – über ihre Verbände

- mit einzelnen Ärzten und Apotheken Verträge schließen,
- über Ausschreibungen preisgünstige Arznei- und Hilfsmittel einkaufen,
- Rabattverträge mit pharmazeutischen Unternehmen schließen.

Der Kollektivvertrag erhält damit ernsthaft Konkurrenz durch den Individual- und Gruppenvertrag. Die einzelwirtschaftliche Ebene wird gegenüber dem traditionellen korporatistischen Geflecht gestärkt. Auf Seiten der Kassen können neue Verbände entstehen und neben den Verbänden auch andere Dritte – z. B. Managementgesellschaften – mit der Bündelung der „Einkaufsmacht“ beauftragt werden. Auf Seiten der Ärzte hat speziell das Vertragsarztrechtsänderungsgesetz (VÄG) aus dem Jahr 2006 den Weg frei gemacht für neue Kooperations-, Organisations- und Betriebsformen. Mit dem GMG und dem GKV-WSG wurde die Trennung zwischen ambulanter und stationärer Versorgung, speziell bei der hochspezialisierten Behandlung und bei Diagnose und Therapie von seltenen Erkrankungen, weiter gelockert, so dass sich auf allen Seiten neue Konfigurationen ergeben haben.

Viele Kritiker des GKV-WSG bezweifeln, dass das Gesetz zu einer Intensivierung des Wettbewerbs um Qualität und Effizienz führt, speziell mit dem Hinweis auf das neue Honorarsystem für ambulante ärztliche Leistungen. Die Einführung einer Eurogebührenordnung auf der Basis eines bundeseinheitlichen Orientierungswertes schmälert sicherlich die individuellen Gestaltungsmöglichkeiten der Kassenarten auf Landesebene, wo heute noch kassenartenbezogene Gesamtverträge zu unterschiedlichen Punktwerten für ärztliche Leistungen führen. Der Gesetzgeber wollte aber allein historisch begründete Differenzierungen ohne Bezug zur Qualität und zur Wirtschaftlichkeit im Interesse eines kalkulierbaren Honorars für Ärzte und einer Gleichbehandlung der Versicherten unabhängig von der Kassenart beseitigen. Vielmehr sollen unterschiedliche Honorare primär Ausdruck unterschiedlicher Qualitätsanforderungen an ärztliches Handeln sein. Daher ist es im neuen Honorarsystem (vgl. §§ 85 ff. SGB V) den Krankenkassen möglich, Zuschläge für die Erfüllung besonderer Qualitätskriterien zu vereinbaren.

Die Differenzierung auf Ärzteseite aber auch bei den Kassen wird sich bei besonderen Versorgungsformen entwickeln. Dies gilt sowohl für Individual- wie Kollektivverträge zur hausärztlichen Versorgung (§ 73 b SGB V) als auch für qualitätsbezogene Verträge mit Arztgruppen (§ 73 c SGB V). Hier wird es zu neuen Konkurrenzsituationen zwischen den Kassenärztlichen Vereinigungen und Berufsverbänden oder anderen ärztlichen Kooperations-

formen kommen. Dabei wird sorgfältig darauf zu achten sein, dass Kassenärztliche Vereinigungen ihre Monopolstellung nicht dazu nutzen, das Wirken ihrer Wettbewerber einzuschränken und hierzu Finanzmittel aus öffentlich-rechtlichen Zwangsbeiträgen einzusetzen. Die KVen sind schon dadurch privilegiert, dass sie nach § 77 a SGB V eigene Dienstleistungsgesellschaften gründen und sich damit über die hoheitlichen Ordnungsfunktionen und Interessenvertretung als „Gewerkschaften“ mit Pflichtmitgliedschaft ein eigenständiges Dienstleistungsprofil geben können.

### Die Integrationsversorgung – Ein Erfolgsmodell

Die höchsten Freiheitsgrade werden Krankenkassen wie Leistungserbringern im Bereich der Integrierten Versorgung eingeräumt. Mit dem GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000 wurde ein neuer Abschnitt in das Kapitel des SGB V über die Beziehungen der Krankenkassen gegenüber den Leistungserbringern eingefügt, der die Entwicklungsrichtung für die künftige Regelversorgung vorgibt. Damit soll die bisherige starre Aufgabenverteilung zwischen den Versorgungsbereichen gezielt durchbrochen werden, um die Voraussetzungen für eine an den Versorgungsbedürfnissen der Patienten orientierte Behandlung zu verbessern. Hierzu bedarf es integrierter Versorgungsformen zwischen Haus- und Fachärzten, zwischen ärztlichen und nicht-ärztlichen Leistungserbringern, zwischen der ambulanten und der stationären Versorgung sowie künftig auch zwischen der medizinischen und der pflegerischen Versorgung. Dabei ist insbesondere darauf zu achten, dass medizinische Rehabilitationsmaßnahmen den ihnen zukommenden Stellenwert erhalten.

Der Gesetzgeber ging bewusst das Wagnis ein, neben die bisherige Versorgung eine neue Versorgungsform zu setzen, die einerseits nicht allein auf dem Willen und der Fähigkeit der Akteure zur korporatistischen Erneuerung des Gesundheitswesens aufgebaut war, andererseits aber nicht den zeitlich befristeten Charakter eines Modellvorhabens hat. Integration soll bewusst eine zweite Form der Regelversorgung werden. Den Argumenten aus der Vertragsärzteschaft, die Integrationsaufgaben ließen sich auch im bisherigen gesetzlichen Rahmen verwirklichen, wurde dabei ebenso wenig Glauben geschenkt wie Attacken gegen ein vermeintliches Einkaufsmodell der Krankenkassen. Angesichts der strukturellen Verkrustungen im deutschen Gesundheitswesen soll von beiden Seiten die Initiative ausgehen können, Integrationsverträge zu schließen. Die Absicht des Gesetzgebers ist, ein neues Leitbild der Versorgung zu schaffen, das sowohl die Bedürfnisse der Patienten verkörpert als auch die professionelle Identität der Ärzte und anderer Gesundheitsberufe stärkt.

Zumindest bis zum Inkrafttreten des GMG hatte sich diese Erwartung des Gesetzgebers nicht zufriedenstellend erfüllt. Die Gründe hierfür waren vielfältig. Die ärzt-

lichen Korporationen leisteten Widerstand gegen Integrationsprojekte, obwohl sie nach altem Recht Vertragspartner dieser Versorgungsformen sein konnten. Die Kassen und vor allem ihre Verbände agierten entgegen ihrer verbalen Bekundungen zur Förderung des Wettbewerbs weitgehend einheitlich und gemeinsam und scheuten sich nicht, individuelle Initiativen auf örtlicher Ebene zu diskreditieren. Zwar schlossen sie alsbald eine Rahmenvereinbarung, die den Übergang von der korporatistischen zur einzelwirtschaftlichen Steuerung vereinbaren sollte, doch führte der konkrete Inhalt dieser Vereinbarung faktisch zum Erliegen entsprechender Aktivitäten auf der einzelwirtschaftlichen Ebene. Schließlich trugen sicherlich auch Hemmnisse im ärztlichen Berufsrecht sowie die komplizierte, bis heute nicht geregelte Budgetbereinigung im ambulanten und stationären Bereich zu den Anfangsschwierigkeiten bei. Zuletzt fehlte es auch an ausreichenden finanziellen Anreizen, die notwendigen Investitionen in neue Geschäftsmodelle zu tätigen. Die Instabilität der politischen und rechtlichen Rahmenbedingungen sowie das Drohpotenzial der korporatistischen Akteure schreckte innovationsbereite Vertragspartner vom Abschluss entsprechender Verträge ab. Die neuen Regelungen führten zwar zu einer lebhaften akademischen Debatte über die Übertragbarkeit von Steuerungselementen von anderen Staaten, speziell über so genannten Managed-Care-Versorgung. Praktische Konsequenzen wurden daraus nur wenige gezogen. Die Akteure des Gesundheitswesens zogen sich auf ihre übliche Grundhaltung zurück, der Gesetzgeber müsse nachbessern.

Diese Nachbesserungen erfolgten sowohl im GMG als auch im VÄG. Mit dem GMG wurden alle sozialrechtlichen Hindernisse für einen Abschluss von Integrationsverträgen beseitigt. Die Vorschriften wurden abgespeckt, so dass der Spielraum für eigenständige und flexible Lösungen deutlich erweitert wurde. Auf eine Rahmenvereinbarung auf korporatistischer Ebene wurde ebenso verzichtet wie auf eine detaillierte Budgetbereinigung. Kassenärztliche Vereinigungen wurden als potenzielle Vertragspartner der integrierten Versorgung ausgeschlossen, weil sie indirekt oder direkt vielfach Aktivitäten behindert hatten und dies bis heute tun. Vor allem aber wurde eine Anschubfinanzierung für die Jahre 2003 bis 2006 in Höhe von 1% der Budgets für ambulante und stationäre Versorgung geschaffen, die den potenziellen Vertragspartnern den Einstieg in die integrierte Versorgung erleichtern sollte. Diese Anschubfinanzierung wurde im VÄG nochmals um weitere 2 Jahre verlängert, da der Gesetzgeber davon ausgeht, dass in den neuen Honorierungsformen für die ambulante und stationäre Behandlung ab 2009 eine Budgetbereinigung der Integrationsleistungen möglich werden soll.

Mit dem GKV-WSG werden die gesetzlichen Rahmenbedingungen für die integrierte Versorgung grundsätzlich fortgeschrieben und durch die Aufnahme der Pflegeversicherung zusätzlich erweitert. Durch die Klarstellung, dass die Finanzierung der medizinischen und pflegerischen

Leistungen in der Integrationsversorgung primär aus den gesetzlich bzw. vertraglich vereinbarten Vergütungsformen zu erfolgen hat und dass sich die Anschubfinanzierung, die sich aus den Töpfen der Vertragsärzte und der Krankenhäuser speist, auf die speziellen Integrations- und Koordinierungsaufgaben konzentrieren soll, erweitert sich der Fokus der Krankenkassen für Integrationsverträge. Diese Verträge sollen sich primär auf bevölkerungsbezogenen Ansätze fokussieren, damit die bisherigen Insellösungen miteinander verbunden werden können und die Integrationsversorgung sich aus dem Orchideenstatus lösen und sich als wirkliche Regelversorgung etablieren kann. Ergänzt werden diese Gestaltungsmöglichkeiten durch die Neuregelungen im Arznei- und Hilfsmittelbereich, wo über Ausschreibungen zusätzliche Wirtschaftlichkeitspotenziale erschlossen werden können (vgl. §§ 129, 130, 127 SGB V). Die Bedingungen für diese Ausschreibungen werden so gestaltet sein, dass zum einen eine flächendeckende Versorgung für die jeweiligen Versicherten einer Kasse garantiert sein muss, zum anderen die Abgabe der rabattierten Produkte durch Apotheken, Sanitätshäuser und andere Leistungserbringer gewährleistet ist.

In der Praxis hat sich die integrierte Versorgung schnell und umfassend entwickelt. Bis Ende 2007 sind der gemeinsamen Registrierungsstelle mehr als 4500 Integrationsverträge gemeldet worden. Inhaltlich lässt sich eine Tendenz von simplen Integrationsprojekten zwischen einem Krankenhaus und einem Rehaträger zu indikationsspezifischen Versorgungsangeboten mit einer größeren Zahl von Leistungserbringern bis hin zu umfassenden flächenbezogenen Versuchen für begrenzte Regionen aufzeigen. Von der Erwartung des Gesetzgebers, die Integrationsversorgung werde die Versorgungslandschaft insgesamt fundamental umkremple, ist man allerdings noch weit entfernt. Trotzdem darf man von einem Erfolgsmodell bei der Integrierten Versorgung sprechen. Eine Vielzahl von Initiativen, in denen sich etablierte Akteure in Konkurrenz zu privaten Anbietern als Dienstleister, Konzeptentwickler, Berater und Manager der Integrationsversorgung betätigen, testet die Marktfähigkeit neuer Versorgungsformen bei Versicherten, Patienten, Krankenkassen und Leistungserbringern. Entsprechende Aktivitäten haben sogar zu einer neuen Rolle von Kassenärztlichen Vereinigungen mit der Legalisierung von Dienstleistungsgesellschaften geführt. Während bei Leistungserbringern die Stärkung der professionellen Identität und die Realisierung von Vergütungs- und Gewinnchancen im Vordergrund stehen, ist aus Sicht der Kassen und Versicherten die Steigerung von Qualität und Effizienz der Versorgung prioritär. Patientenvertreter betonen natürlich den Qualitätsaspekt, weisen aber auch auf den einfacheren Zugang zu neuen und hochspezialisierten Versorgungsformen hin. Sie werden zu dem auf die Befriedigung spezieller Bedürfnisse und auf den jeweiligen Zusatznutzen in den Integrationsverträgen achten.

Da keine der neuen Versorgungsformen auf Zwang beruht, werden all diejenigen, die diesen Interesse entge-

genbringen, Überzeugungsarbeit bei ihrer jeweiligen Klientel leisten müssen, wenn sie Inseln zu einem gesamten Versorgungskonzept verbinden wollen. Der Patient, der Versicherte, die einzelne Krankenkasse oder der einzelne Leistungserbringer rückt deshalb stärker als etablierte Korporationen in den Mittelpunkt der Steuerung der Veränderungsprozesse im Gesundheitswesen. Dies hat nicht nur Einfluss auf die Rechtsbeziehungen und die Finanzströme, sondern stellt die Grundstruktur des deutschen Gesundheitswesens ebenso wie professionelle Aktivitäten und Philosophien vor neue Fragen. Zumindest auf Sicht wird der Gesetzgeber wohl wettbewerblichen Initiativen Vorrang vor Einheitslösungen einräumen. Inwieweit dies den gleichen Zugang zu Gesundheitsleistungen oder einheitlicher Qualitätsstandards in der Versorgung gefährdet, wird man sorgsam beobachten müssen. Als Totschlaginstrument gegen neue Versorgungsformen taugen solche Bedenken nicht. Für die politische Weiterentwicklung des Gesundheitswesens wird es darauf ankommen, die Versorgungsformen sorgfältig zu evaluieren, sie aber dabei mit den Defiziten und Mängeln etablierter Versorgungsformen zu vergleichen.

### **Offene Felder und neue Grenzen im Vertragswettbewerb**

Natürlich hätte man sich noch weitergehende Öffnungen der Beziehungen der Krankenkassen zu den Leistungserbringern vorstellen können. Zumindest an Sonntagen wird im deutschen Gesundheitswesen stets eine möglichst weitgehende Deregulierung gefordert, an Werktagen türmen sich allerdings die Regulierungsvorschläge auf dem Schreibtisch des Verfassers. Von daher ist die Skepsis vieler politisch Verantwortlicher gegenüber Einkaufsmodellen der Krankenkassen zu verstehen. Sie ist nicht allein dem Zurückweichen vor dem Lobbyismus des KV-Systems geschuldet. Ein Einkaufswettbewerb, der bei fairer Ausgestaltung immer auch ein Verkaufswettbewerb ist, könnte in Ballungsgebieten zur langfristigen Reduzierung des Überangebots ebenso beitragen wie zur Qualitätssteigerung durch schärfere Konkurrenz. Bisher liegen jedoch wenige befriedigende Antworten vor, wie ein solcher Wettbewerb sich in dünn besiedelten Regionen ausgestalten lässt. Daher waren in dieser Reformstufe die Abschaffung der ärztlichen Bedarfsplanung und der Wegfall des Kontrahierungszwangs im ambulanten ärztlichen Bereich (noch) nicht konsensfähig. In der stationären Versorgung wird bei der Anpassung des ordnungspolitischen Rahmens für das DRG-System auch darüber zu diskutieren sein, wie man es künftig mit der Krankenhausbedarfsplanung, dem Kontrahierungszwang und den DRGs als Höchstpreisen halten wird. Von der Beantwortung dieser Fragen wird es entscheidend abhängen, ob der Weg in eine wettbewerbliche Ausgestaltung der Vertragspolitik konsequent weitergegangen wird.

Grenzpfeiler dieses Weges markieren das Wettbewerbs- und Kartellrecht, deren Grundgedanken auch im Gesundheitswesen zu beachten sind. Das GKV-WSG wird

den §§ 19–21 des Gesetzes gegen Wettbewerbsbeschränkungen (GWB) zumindest mittelbar Geltung verschaffen. Der Missbrauch einer marktbeherrschenden Stellung, die Diskriminierung oder der Boykott von Vertragspartnern, Leistungen und Produkten bleiben unzulässig. Weitergehende Einschränkungen durch GWB oder UWG hat der Gesetzgeber nicht beabsichtigt. Die Ahndung und Kontrolle solcher Wettbewerbsverstöße wird Aufsichts- und Kartellbehörden überantwortet, der Rechtsweg jedoch nicht den Zivilgerichten überlassen. Hier bleibt die Sachkenntnis der Sozialgerichte von den besonderen Gesetzmäßigkeiten des Gesundheitsmarktes gefordert. Die Entwicklung des Marktverhaltens von Krankenkassen und Leistungserbringern wird in der nächsten Zeit sorgfältig beobachtet werden müssen. Dann wird gegebenenfalls über weitere Schritte zu entscheiden sein, wie ein fairer und funktionaler Wettbewerb sowohl auf Seite der Krankenkassen als auch auf Seiten der Leistungserbringer auszusehen hat.

### Fazit: Ausrichtung des Wettbewerbs hängt von Akteuren ab

Das GKV-WSG öffnet Türen für einen neue Ausgestaltung des Wettbewerbs im Gesundheitswesen. Dahinter liegen neue Welten. Wie diese Welten aussehen werden, bestimmen in erster Linie die Akteure des Gesundheitswesens selbst durch ihr konkretes Handeln. Von diesem Handeln wird es abhängen, ob der Wettbewerb sich von einem Preiswettbewerb hin zu einem Wettbewerb um die bessere Versorgungsqualität und um ein optimales Preis-/Leistungsverhältnis fortentwickelt. Der Gesetzgeber wird Aktivitäten zur Ausrichtung des Wettbewerbs auf eine bessere Befriedung des Bedarfs und der Bedürfnisse unterschiedlicher Versicherten- und Patientengruppen im Gesundheitswesen und zur Verbesserung von Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung positiv begleiten. Er wird aber auch nicht zögern, missbräuchliche Entwicklungen einzudämmen und erwünschte Erscheinungsformen des Wettbewerbs zu fördern. Das GKV-WSG steht ungeachtet aller interessengeleiteter Kritik allein auf dem Prüfstand des Praxistestes, inwieweit gesundheitspolitische Ziele erreicht werden. Andere Kriterien, insbesondere die institutionellen und monetären Interessen der Akteure, sind und bleiben demgegenüber zweitrangig.

*\* Der Beitrag gibt die persönliche Auffassung des Verfassers wieder. Die Vortragsform wurde weitgehend beibehalten.*

### Weiterführende Literatur

- Amelung, Managed Care – Neue Wege im Gesundheitsmanagement, 4. Auflage, Gabler Verlag, Wiesbaden 2007
- Böcken/Braun/Amhoff/Schnee (Hrsg.), Gesundheitsmonitor – Gesundheitsversorgung und Gestaltungsoptionen aus der Perspektive von Bevölkerung und Ärzten, Verlag Bertelsmann Stiftung, Gütersloh 2003 ff.
- Böcken/Janus/Schwenk/Zweifel (Hrsg.), Neue Versorgungsmodelle im Gesundheitswesen, Verlag Bertelsmannstiftung, Gütersloh 2007.
- Busse/Schlette (Hrsg.), Gesundheitspolitik in Industrieländern, Verlag Bertelsmann Stiftung, Gütersloh 2003 ff.
- Dahrm/Möller/Ratzel, Rechtshandbuch medizinischer Versorgungszentren, Springer Verlag, Berlin/Heidelberg/New York 2005
- Eissing/Kuhr/Noelle, Arbeitsbuch für die integrierte Versorgung, Edition Temmen, Bremen 2003
- Figueras/Robinson/Jakubowski (Ed.), Purchasing to improve Health Systems Performance, Open University Press, Maidenhead, 2005
- Göpffarth/Greß/Jacobs/Wasem (Hrsg.), Jahrbuch Risikostrukturausgleich 2007 – Gesundheitsfonds, Asgard Verlag, St. Augustin 2007
- Klauber/Robra/Schellschmidt (Hrsg.), Krankenhausreport 2005 – Schwerpunkt: Wege zur Integration, Schattauer Verlag, Stuttgart 2006
- Knieps, Neue Versorgungsformen, in: Schnapp/Wigge (Hrsg.), Handbuch des Vertragsarztrecht – Das gesamte Kassenarztrecht, 2. Auflage, Verlag C.H. Beck, München 2006, 349 ff
- Michels/Möller, Ärztliche Kooperation – Rechtliche und steuerliche Beratung, Verlag Neue Wirtschaftsbriefe, Herne/Berlin 2007
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (Hrsg.), Koordination und Qualität im Gesundheitswesen – Band 1 Kooperative Koordination im Wettbewerb, Kohlhammer Verlag, Stuttgart 2006
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (Hrsg.), Kooperation und Verantwortung – Voraussetzung einer zielorientierten Gesundheitsversorgung, Kohlhammer Verlag, Stuttgart 2008 (erscheint demnächst)
- Saltman/Busse/Figueras (Ed.), Social Health Insurance Systems in Western Europe, Open University Press, Maidenhead 2004
- Schlette/Knieps/Amelung (Hrsg.), Versorgungsmanagement für chronisch Kranke – Lösungsansätze aus den USA und aus Deutschland, Kompart Verlag, Bonn/Bad Homburg 2005
- Weatherly/Seidler/Meyer-Lutterloh/Schmid/Lägel/Amelung, Leuchtturmprojekte integrierter Versorgung und Medizinischer Versorgungszentren – Innovative Modelle der Praxis, Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin 2007

### Fußnote

- 1 Auf andere Wettbewerbsparameter des „Systemwettbewerbs“ von GKV und PKV, wie z. B. die mindestens 3-jährige Überschreitung der Jahresarbeitsentgeltgrenze, auf die Portabilität von Altersrückstellungen die Einführung eines Basistarifs soll hier nicht eingegangen werden.