

# **Delphi V: Perspektive 2020 – Gesundheit als Chance**

## **Die drei Zukunftsszenarien**

Berlin, November 2008

IGES Institut GmbH  
Friedrichstraße 180, 10117 Berlin  
Tel.: 030 – 23 08 09-0; E-Mail: [kontakt@iges.de](mailto:kontakt@iges.de); [www.iges.de](http://www.iges.de)



## Inhalt

<b>1</b>	<b>Die Leitideen der drei Zukunftsszenarien.....</b>	<b>5</b>
<b>2</b>	<b>Szenario A .....</b>	<b>14</b>
2.1	Leistungsanbieter und Versorgungsprozesse.....	14
2.2	Versicherte und Patienten .....	17
2.3	Finanzierung und Versicherungsmarkt.....	20
2.4	Weiterentwicklung des Leistungskatalogs der GKV.....	21
2.5	Arzneimittelversorgung.....	22
<b>3</b>	<b>Szenario B.....</b>	<b>25</b>
3.1	Weiterentwicklung des Leistungskatalogs der GKV.....	25
3.2	Finanzierung und Versicherungsmarkt.....	29
3.3	Leistungsanbieter und Versorgungsprozesse.....	30
3.4	Arzneimittelversorgung.....	34
3.5	Versicherte und Patienten .....	36
<b>4</b>	<b>Szenario C.....</b>	<b>37</b>
4.1	Weiterentwicklung des Leistungskatalogs .....	37
4.2	Finanzierung und Versicherungsmarkt.....	38
4.3	Versicherte und Patienten .....	42
4.4	Leistungsanbieter und Versorgungsprozesse.....	44
4.5	Arzneimittelversorgung.....	46

## Abbildungen

Abbildung 1: "Das ärztliche Gesundheitshaus empfängt und steuert die integrierte Versorgung" .....	5
Abbildung 2: "Das staatliche Gesundheitshaus bietet bewährte Standards und wählbare Extras" .....	7
Abbildung 3: "Das private Gesundheitshaus bedient Kunden mit individuellen Angeboten" .....	9

## Tabellen

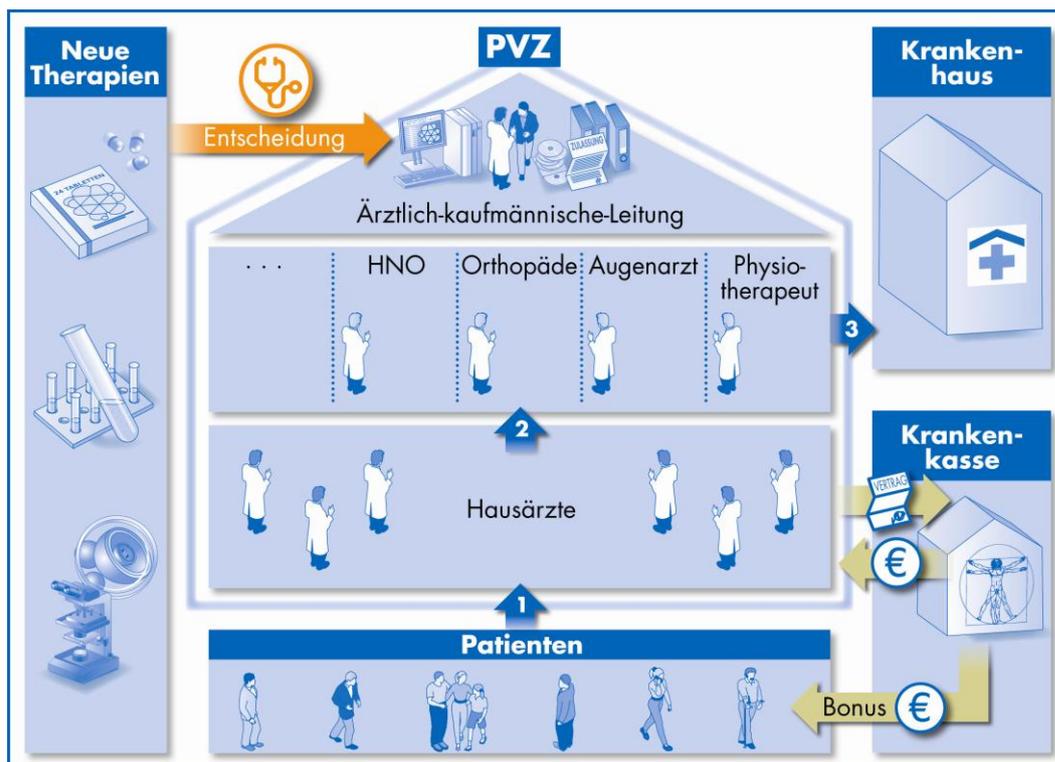
Tabelle 1: Überblick Szenarien .....	12
--------------------------------------	----

Alle Rechte vorbehalten. Dieses Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne schriftliche Zustimmung der IGES Institut GmbH unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Mikroverfilmungen, Übersetzungen und die Einspeicherung in elektronische Systeme.

## 1 Die Leitideen der drei Zukunftsszenarien

**Szenario A** liegt die Leitidee zugrunde, die faktische Ausgestaltung des Sicherungsanspruchs fachlich kompetenten Leistungserbringern der Primärversorgung zu übertragen. Die Primärversorger übernehmen für die eingeschriebenen Versicherten die Budgetverantwortung. Gleichzeitig hat sich ein intensiver Wettbewerb zwischen Krankenkassen und Versorgungsanbietern etabliert, der das System steuert.

Abbildung 1: "Das ärztliche Gesundheitshaus empfängt und steuert die integrierte Versorgung"



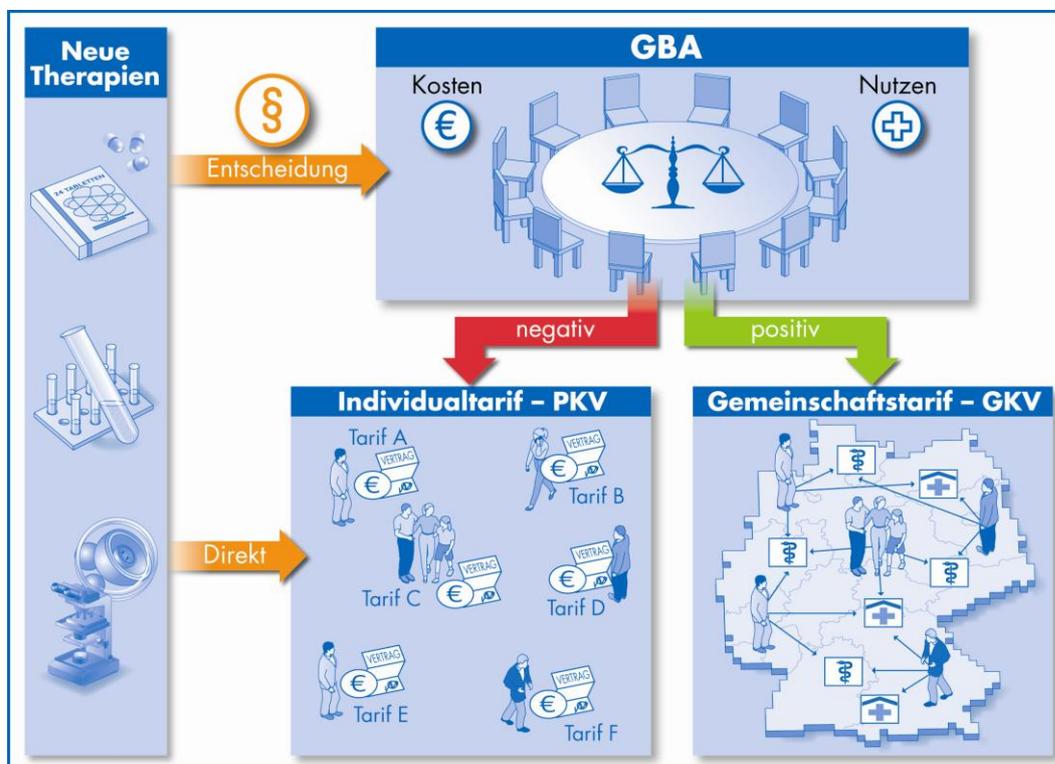
Quelle: IGES

Die Primärversorgungscentren (PVZ) konnten sich durchsetzen, da aufgrund des Gesundheitsfonds nach einiger Zeit alle Kassen gezwungen waren, einen Zusatzbeitrag zu erheben. Die Einschreibung in ein PVZ ermöglicht den Versicherten eine Reduktion der Zusatzbeiträge. Neben der

Wahl unterschiedlicher PVZ-Versorger können die Versicherten aber auch weiterhin in der Regelversorgung verbleiben. Die PVZ haben sich aus unterschiedlichen Sektoren und Betriebsformen heraus entwickelt und zeichnen sich durch eine stringente Steuerung der Versorgungsprozesse insbesondere der sekundären (Fachärzte) und tertiären (Krankenhaus) Versorgungsebenen aus. Die PVZ haben ein professionelles, medizinisches und ökonomisches Management. Die Weiterentwicklung des Sicherheitsanspruchs liegt institutionell zwar in den Händen des GBA, faktisch haben aber die PVZ-Versorger sehr hohe Anreize, keine nutzlosen oder unwirtschaftlichen Verfahren einzusetzen. Größere PVZ-Ketten führen diesbezüglich sogar eigene Bewertungen durch.

**Szenario B** liegt die Leitidee zugrunde, das GKV-Leistungspaket in einen Basisleistungskatalog umzuwandeln. Dessen Ausgestaltung erfolgt durch Kosten-Nutzen-Analysen mit gesetzlich festgelegtem Kosteneffektivitätskriterium. Ausgeschlossene Leistungen sind zugänglich durch steuerlich geförderte private Zusatzversicherungen und Festzuschuss-System.

Abbildung 2: "Das staatliche Gesundheitssystem bietet bewährte Standards und wählbare Extras"



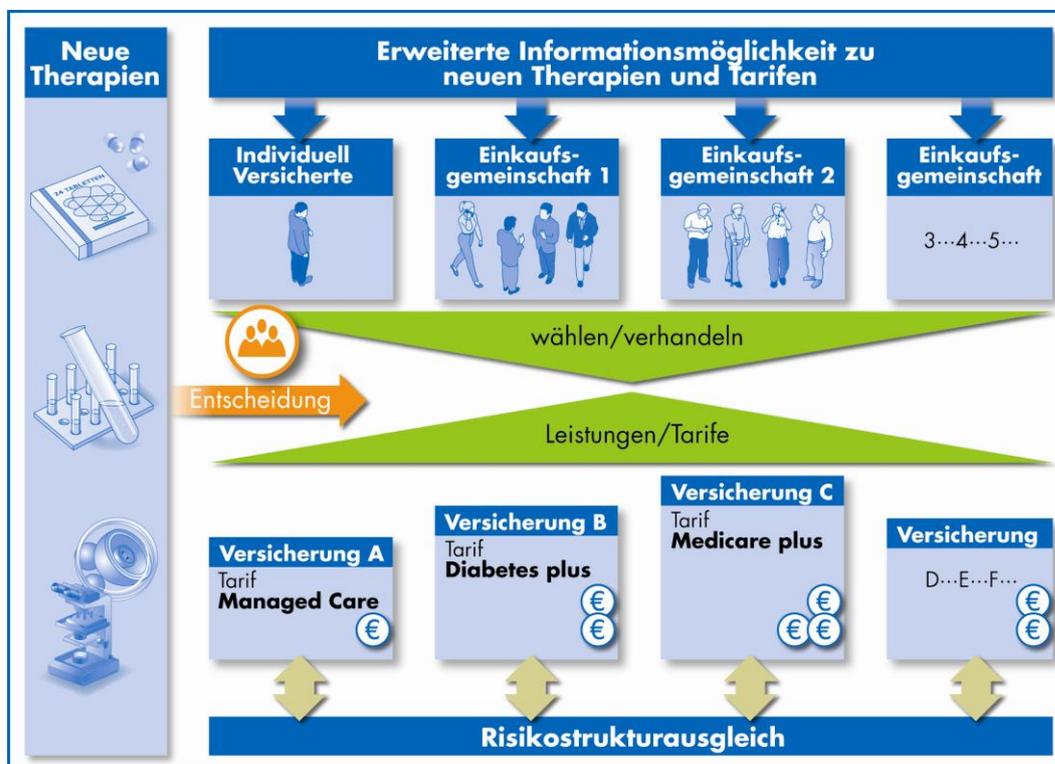
Quelle: IGES

Der Basisleistungskatalog wird durch gesetzliche Krankenversicherungen im so genannten Gemeinschaftstarif versichert. Die Beiträge sind einkommensabhängig, und es besteht eine allgemeine Versicherungspflicht. Ein morbiditätsorientierter Risikostrukturausgleich ist umgesetzt, jedoch nicht der Gesundheitsfond. Um im Gemeinschaftstarif eine gleichmäßige flächendeckende Versorgung zu gewährleisten, wurde der Leistungs- und Vertragswettbewerb zwischen den Krankenkassen und den Leistungsanbietern zurückgefahren. Die Steuerung der Ausgabenentwicklung findet

über Budgets statt. Die gesetzlich vorgeschriebene Qualitätssicherung wurde ausgebaut. Neue Leistungen, die aufgrund fehlender Studienergebnisse noch keiner Kosten-Nutzen-Bewertung unterzogen wurden oder solche, die das Kosteneffektivitätskriterium nicht erfüllen, können über Individualtarife freiwillig bei privaten Krankenversicherungen versichert werden. Die Tarife werden staatlich gefördert. Darüber hinaus erhalten die Versicherten Festzuschüsse in der Höhe der entsprechenden Leistung im Gemeinschaftstarif. Im Gegensatz zum Gemeinschaftstarifsektor gibt es im Individualversicherungsbereich keine Regulierungen, z.B. können die Versicherungen Verträge mit Herstellern schließen. Verbraucherschutzorganisationen informieren über ausgeschlossene Leistungen und vergleichen die Individualtarife.

**Szenario C** liegt die Leitidee zu Grunde, dass sich die Ausgestaltung des gesetzlich garantierten Sicherungsanspruchs aus dem Zusammenspiel von Nachfrage der Versicherten und Angeboten der Versicherungsunternehmen ergibt. Das Gesundheitssystem ist weitgehend liberalisiert. Zur Sicherung der Funktionsfähigkeit ist ein morbiditätsbezogener Risikostrukturausgleich implementiert.

Abbildung 3: "Das private Gesundheitshaus bedient Kunden mit individuellen Angeboten"



Quelle: IGES

Die gesetzliche Krankenversicherung in ihrer heutigen Form wurde überführt in ein privatwirtschaftliches Versicherungssystem mit allgemeiner Versicherungspflicht und Kontrahierungszwang. Die Versicherungen erheben Pauschalprämien, die sich je nach Unternehmen und gewähltem Tarif unterscheiden. Geringverdiener erhalten Prämiensubvention aus Steuermitteln. Der morbiditätsorientierte Risikostrukturausgleich verhindert Risikoentmischung und setzt Anreize zur Wirtschaftlichkeit. Der gesetzliche Sicherungsanspruch, den die Unternehmen abzudecken haben,

ist lediglich in abstrakter Form vorgegeben. Er wird nicht mehr durch den GBA und das IQWiG administriert. Aufgrund der Vertragsfreiheit zwischen Versicherungen und Leistungsanbietern hat sich eine Vielfalt von Versorgungsformen von Managed-Care-Tarifen bis hin zur völligen Wahlfreiheit entwickelt. Die Versicherten bündeln durch Konsumentenvereinigungen ihre spezifische Nachfrage und schließen entsprechende Gruppenverträge mit den Versicherungen.



Tabelle 1: Überblick Szenarien

<b>Überblick Szenario A</b>	
<b>Leistungsanbieter und Versorgungsprozesse</b>	<p>Neben der Regelversorgung hat sich ein sehr großer Bereich entwickelt, in dem sich die kollektiven Vertragsstrukturen aufgelöst haben. Ein großer Teil der Versicherten hat sich an seinem Wohnort bei einem so genannten „Primärversorgungszentrum“ (PVZ) eingeschrieben, das die gesamte medizinische Versorgung koordiniert und steuert. Unter den horizontal und vertikal integrierten Leistungsanbietern setzte sich das Modell der „Primärversorgungszentren mit übergreifender Budgetverantwortung“ am stärksten durch, da es diesen Anbietern bzw. Versorgungsmodellen am besten gelungen war, die Ausgabenentwicklung zu kontrollieren.</p> <p style="text-align: right;"><b>→ S. 14</b></p>
<b>Versicherte und Patienten</b>	<p>Die Versicherten haben die Wahl zwischen der GKV-Regelversorgung und verschiedenen stärker integrierten und gesteuerten Versorgungsformen, bei denen in der Regel niedrigere Zusatzprämien zu zahlen sind. Es stehen deutlich mehr qualitätsbezogene Informationen über Leistungsanbieter zur Verfügung. Sie ermöglichen den Versicherten eine gezieltere Wahl der Versorgungsform bzw. der damit verbundenen Leistungsanbieter. Die Krankenversicherungen nehmen durch Vertragsgestaltung und -controlling zusätzlich Einfluss auf die Qualitätssicherung.</p> <p style="text-align: right;"><b>→ S. 17</b></p>
<b>Finanzierung und Versicherungsmarkt</b>	<p>Das Finanzierungssystem ist weiterhin durch einkommensabhängige Beiträge und einen Gesundheitsfonds geprägt. Zwischen den Kassen konzentriert sich der Wettbewerb auf die Reduzierung der Zusatzprämie. Der morbiditätsorientierte RSA ist eingeführt. Die PKV besteht in ihrer heutigen Form (2008). Die einkommensabhängigen Beiträge an den Gesundheitsfonds werden bei Arbeitnehmern weiterhin nahezu paritätisch finanziert, die einkommensunabhängige Zusatzprämie wird alleine vom Versicherten direkt an die Krankenkasse bezahlt.</p> <p style="text-align: right;"><b>→ S. 20</b></p>
<b>Weiterentwicklung des Leistungskatalogs der GKV</b>	<p>Die Kriterien und das Verfahren der Bewertung des Sicherungsanspruches haben sich zum Status Quo nicht wesentlich verändert. Bezüglich der formalen Erstattungsfähigkeit von Innovationen wurde der ambulante Sektor dem stationären gleichgestellt, d.h. es besteht nun in beiden Sektoren ein Verbotsvorbehalt des G-BA. Da eine Vielzahl von Versicherten in Versorgungsmodelle eingeschrieben ist, hat die Bewertung der Leistungen und von Arzneimittelinnovationen durch die PVZ-Manager sehr an Gewicht gewonnen.</p> <p style="text-align: right;"><b>→ S. 21</b></p>
<b>Arzneimittelversorgung</b>	<p>Leistungsanbieter können direkte Verträge mit pharmazeutischen Unternehmen schließen. Sie verhandeln direkt mit den Arzneimittelherstellern über Preise und Abnahmemengen. Zwar bleiben auch die Kassen Vertragspartner der Industrie, faktisch sind jedoch die PVZ, insbesondere im Innovationssegment, häufig die ausschlaggebenden Akteure. Daneben wurde der Arzneimittelbereich dereguliert, beispielsweise wurden die arztindividuellen Arzneimittelbudgets bzw. Richtgrößen sowie die Bonus-Malus-Regelung abgeschafft.</p> <p style="text-align: right;"><b>→ S. 22</b></p>

## Überblick Szenario B

Die Parallelität zwischen Vertragswettbewerb- und kollektivvertraglicher Versorgung wurde zurückgenommen. Der Gemeinschaftstarif ist nun kollektivvertraglich und der Individualversicherungssektor wettbewerblich organisiert. Die Differenzierungsmöglichkeiten der Krankenkassen im Hinblick auf kassenindividuelle Versorgungsangebote sind im Gemeinschaftstarif zurückgenommen worden. Instrumente zur Qualitätssteigerung und Wirtschaftlichkeit in der Versorgung werden - statt durch den Vertragswettbewerb dezentral - heute wieder durch den Gesetzgeber vorgegeben und durch die Selbstverwaltung ausgestaltet. → S. 30

Das IQWiG sorgt durch Richtlinien für eine hohe Transparenz bezüglich der Qualität der Leistungserbringung im Gemeinschaftstarif. Mehrere Verbraucherschutzorganisationen nutzen die durch das IQWiG zugänglichen Qualitätsinformationen über Leistungsanbieter, um eigene Informationsprodukte zu erstellen. Darüber hinaus informieren die Verbraucherschutzorganisationen über die Leistungsangebote der Individualtarife. → S. 36

Es wurde eine allgemeine Versicherungspflicht für den Gemeinschaftstarif eingeführt. Alle Bürger sind in diesem versichert, für PKV-<sup>Alt</sup>-Versicherte wurden Übergangsregelungen getroffen. Die Individualtarife können allein durch die PKV abgesichert werden. Falls ein im Gemeinschaftstarif versicherter Patient eine nicht erstattungsfähige Leistung in Anspruch nehmen will, so wird ihm zumindest der Betrag erstattet, den eine analoge Versorgung im Gemeinschaftstarif kosten würde (Festzuschüsse). Der Gemeinschaftstarif wird bei Arbeitnehmern weiterhin nahezu paritätisch finanziert. Der Individualtarif wird alleine vom Versicherten bezahlt, aber steuerlich gefördert. → S. 29

In den Gemeinschaftstarif gelangen nur solche Innovationen, deren Kosten-Nutzen-Verhältnis einen bestimmten Schwellenwert nicht überschreitet. Bei Festlegung des Schwellenwertes wird auch die Krankheitsschwere und somit das Notwendigkeitskriterium implizit operationalisiert. Die Methoden der Kosten-Nutzen-Bewertung sowie das Verfahren zur Festlegung der indikationsbezogenen Schwellenwerte ist durch den Gesetzgeber im SGB V explizit vorgegeben und wird durch den nun hauptamtlich besetzten G-BA umgesetzt. → S. 25

Arzneimittel müssen das explizit festgelegte Wirtschaftlichkeitskriterium des Gemeinschaftstarifs erfüllen. Überschreiten die Kosten eines Arzneimittels dieses Wirtschaftlichkeitskriterium, so wird die Kostenübernahme im Rahmen des Gemeinschaftstarifs auf einen "Festzuschuss" begrenzt. Die pharmazeutische Industrie entscheidet heute schon in einem frühen Stadium der Produktentwicklung, ob dieses für den Gemeinschaftstarif oder den Individualtarif intendiert ist. Pricing, Produktinformation und Vertrieb unterscheiden sich somit grundlegend zwischen den beiden Tarifen und den Versicherungssystemen. → S. 34

## Überblick Szenario C

Die kollektiven Vertragsstrukturen wurden gänzlich aufgehoben und Vertragsfreiheit eingeführt. Damit ein Mindestmaß an Struktur- und Ergebnisqualität sichergestellt ist, müssen die Leistungsanbieter akkreditiert sein. Durch die Aufhebung der kollektiven Strukturen hat im Leistungsanbietermarkt insbesondere im fachärztlichen und stationären Bereich eine hohe wettbewerbliche Dynamik eingesetzt. Fachärzte sind überwiegend direkt am Krankenhaus ambulant tätig oder über MVZs diesen angegliedert. Hausärzte agieren in der Regel unabhängiger, sind aber über Managementgesellschaften oder Hausarztketten angegliedert. → S. 44

Die Versicherten und Verbraucherorganisationen haben verbesserte Informationen über Leistungsanbieter und Versicherungen. Durch die Einführung der Kopfpauschale ist es Verbraucherschutzorganisationen erstmals möglich, Versicherungspakete gemeinschaftlich einzukaufen. Durch die Bündelung ihrer Interessen können die Nachfrager z.B. ihre Versorgungsschwerpunkte gestalten. → S. 42

Das Gesundheitssystem wurde weitgehend dereguliert und die Strukturen der bisherigen gesetzlichen Krankenversicherung in einen privatwirtschaftlichen Rahmen überführt. Eine allgemeine Versicherungspflicht sowie ein Kontrahierungszwang seitens der Versicherungen wurden eingeführt. Die Prämien der Krankenversicherer werden als (risikounabhängige) Kopfpauschalen kalkuliert. Einkommensschwache und Kinder erhalten Zuschüsse zu den Prämien. Zwischen den Versicherungsunternehmen wird ein morbiditätsorientierter RSA durchgeführt. Neben obligatorischen Selbsthalten sind auch maximale freiwillige Selbstbehaltshöhen vorgegeben. → S. 38

Die Versicherungsunternehmen sind verpflichtet, bei Krankheiten, Unfällen und Schwangerschaft dem Versicherten die Kosten der medizinisch notwendigen, wirtschaftlichen und von der Schulmedizin überwiegend anerkannten Untersuchungs- und Behandlungsmethoden zu erstatten. Die Versicherungsunternehmen können Managed-Care Tarife anbieten, in denen sie die Versicherten an bestimmte Versorgungsprozesse binden. Auch ist es ihnen gestattet, die Notwendigkeit der Leistungserbringung z.B. durch Genehmigungs- oder Zweitmeinungsvorbehalte im Vorhinein abzusichern. → S. 37

Grundsätzlich sind alle Arzneimittel, wenn sie notwendig und wirtschaftlich sind, durch die Versicherungen zu erstatten. Jedoch haben die Versicherungen nach Tarifen und Arzneimittelarten (sowie nach Kosten) differenzierte Genehmigungsverfahren entwickelt. Zentrale Zulassungs-, Erstattungs- oder Höchstbetragspreise gibt es heute nicht mehr. „Pricing“-Strategien haben sich sehr verändert, da Preisfindungen dezentral und im Rahmen von Verhandlungen mit Versicherungen und Vertrieb stattfinden → S. 46

## 2 Szenario A

### 2.1 Leistungsanbieter und Versorgungsprozesse

Der Schwerpunkt des deutschen Gesundheitswesens hat sich im Jahr 2020 auf die Primärversorgung verlagert. Ein großer Teil der Versicherten hat sich an seinem Wohnort bei einem so genannten „Primärversorgungszentrum“ (PVZ) eingeschrieben, das die gesamte medizinische Versorgung koordiniert und steuert.

Primärversorgungszentren (PVZ) setzen sich durch

Die Möglichkeiten selektiver Vertragsabschlüsse werden von den Kassen im Jahr 2020 ausgiebig genutzt. Die Krankenkassen schließen überwiegend populationsbezogene Versorgungsverträge mit den so genannten „Primärversorgungszentren“. Unter den nach 2007 entstandenen vielfältigen Konstellationen von horizontal und vertikal mehr oder weniger integrierten Leistungsanbietern sowie unterschiedlich akzentuierten Versorgungsverträgen konnte sich das Modell der „Primärversorgungszentren mit übergreifender Budgetverantwortung“ am stärksten durchsetzen.

PVZ übernehmen die Budgetverantwortung

Für die Versicherten, die sich bei diesen Anbietern einschreiben, überträgt die Krankenkasse dem von ihnen gewählten PVZ die Budgetverantwortung für nahezu die gesamte gesundheitliche Versorgung (Fundholding). Auch der Sicherstellungsauftrag geht für die eingeschriebenen Versicherten an das PVZ über. Die Versicherten werden von den PVZ-Organisationen bezüglich ihrer Inanspruchnahme bestimmten Regeln unterworfen. So gibt es beispielsweise die Verpflichtung, grundsätzlich zuerst den gewählten „Hausarzt“ bzw. das medizinische Call-Center zu kontaktieren (Gatekeeping).

Das PVZ steuert den Zugang zur sekundären und tertiären Versorgung

Durch die stringente Steuerung der Versorgungsprozesse – insbesondere des Zugangs zu der sekundären (spezialisierte Fachärzte) und tertiären (Krankenhaus-) Versorgungsebene einerseits sowie des nach rationalen Kriterien gesteuerten Einsatzes diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen andererseits – ist es diesen Anbietern bzw. Versorgungsmodellen am stärksten gelungen, die Ausgabenentwicklung zu kontrollieren. Darü-

### Exkurs Szenario A: Budgetkalkulation

Sowohl die Krankenkassen als auch die PVZs haben die Methoden zur Budgetkalkulation stark weiterentwickelt.

- Häufig sind die Budgets morbiditätsadjustiert, so dass auch die Versorgungskosten für Patientenkollektive mit mehr bzw. kostenintensiven Erkrankungen angemessen verhandelt werden können.
- Kleinere PVZ(Ketten) verhandeln häufig eine Hochrisikogrenze. Überschreitet ein Versicherter eine Ausgabengrenze oder erleidet er eine kostenintensive Erkrankung (z.B. Verbrennungen, Dialysepflichtigkeit), übernimmt die Krankenkasse wieder die finanzielle Verantwortung.
- Da für die Budgetkalkulation Informationen über Diagnosen und Inanspruchnahme von zentraler Bedeutung sind, vereinbaren die Vertragspartner häufig hierüber einen Datentransfer. Informationsasymmetrien können so verringert werden.

Das Verfahren der Budgetkalkulation muss nicht zwingend in den Verträgen zwischen Kasse und PVZ festgeschrieben sein. Die für die Versorgung der Versicherten verhandelte Vergütung an die PVZ muss letztlich nicht allein das Ergebnis der Budgetkalkulation sein. Hier können weitere Aspekte wie Angebot, Qualität etc. eine Rolle spielen. Somit kann die Budgetkalkulation für die Vertragsparteien auch lediglich als internes Kalkulationsinstrument dienen.

ber hinaus werden in den PVZ ehemals ausschließlich ärztliche Leistungen, wo möglich, durch medizinisch geschultes Personal, z.B. Pflegepersonal, Physiotherapeuten und Sozialarbeiter übernommen. Auch haben PVZ die Möglichkeit, durch weitere Bonus-Malus-Regelungen therapiege-rechtes Verhalten bei den Patienten zu unterstützen.

In den Verträgen der Krankenkassen mit diesen Versorgern werden die erzielten Einsparungen zwischen beiden Parteien geteilt. Die in diese Tarife eingeschriebenen Versicherten zahlen daher im Jahr 2020 die niedrigsten Zusatzprämien.

Gleichzeitig bieten einige PVZ aber auch die Kostenübernahme von z.B. Arzneimitteln der besonderen Therapierichtungen (Homöopathie), nicht übernommenen Heilmitteln (z.B. Massagen) sowie Vorsorgeuntersuchungen (z.B. PSA-Test oder PAP-Test) an. Das PVZ und die Kasse, die mit diesem kontrahiert, versuchen hierdurch, die PVZ-Einschreibung für die Versicherten attraktiv zu gestalten.

Die PVZ sind zum Teil aus den früheren Anbietern der „hausarztzentrierten Versorgung“ hervorgegangen und erfüllen im Jahr 2020 unter anderem auch die Versorgungsaufgaben, die früher von den Hausärzten wahrgenommen wurden. Ein PVZ ist jedoch mit einer Hausarztpraxis des Jahres 2007 kaum noch vergleichbar.

Als gemeinsame Merkmale des Versorgungsmodells „PVZ“ lassen sich – unabhängig von Trägerschaft und Rechtsform – folgende Aspekte nennen: Die PVZ nutzen überwiegend fachärztliche Ressourcen in den Krankenhäusern. Dadurch erzielen sie Kostenvorteile, weil die fachärztliche Versorgung von den Krankenhäusern aufgrund von Skaleneffekten (z.B. bei der Geräteauslastung) sowie einer stärkeren Standardisierung der Leistungserstellungsprozesse kostengünstiger angeboten wird. Die Umgehung der fachärztlichen Leistungsanbieter im ambulanten Bereich ist ein wesentlicher Bestandteil der ökonomischen Konzeption der PVZ. Hinzu kommen ferner die Gestaltungsspielräume, die den PVZ-Betreibern aus der kompletten Budgetverantwortung erwachsen. Diese nutzen sie in Form interner Behandlungspfade und medizinischer Leitlinien.

Gesetzeslücken im Wettbewerbsrecht sind geschlossen

In den ersten Jahren der neuen Betriebsformen war es insbesondere in ländlichen Regionen und mittleren Städten zu marktbeherrschenden Strukturen (Angebotsmonopolen) gekommen. Zum Beispiel waren in einigen Regionen PVZ entstanden, die ausschließlich Verträge mit einer Kasse abgeschlossen hatten, so dass die Versorgung der übrigen Kassenpatienten stark eingeschränkt war. Der Gesetzgeber hat diese rechtlichen Lücken jedoch heute geschlossen.

Die Geltungsbereiche des SGB V und des Gesetzes gegen Wettbewerbsbeschränkungen (GWB) wurden konkretisiert und abgegrenzt. Zudem wurde das GWB um Spezifika im Hinblick auf den Wettbewerb bei Gesundheitsdienstleistungen ergänzt.

Regelversorgung bleibt als Option bestehen

Neben der PVZ-Versorgung steht die Regelversorgung Versicherten und auch Ärzten weiter offen. Die Arbeitsverhältnisse reichen von angestellten PVZ-Ärzten bis hin zu Freiberuflern. Viele Ärzte sind auch weiterhin teils selbständig, teils für PVZ tätig. Die Attraktivität der selbständigen Tätigkeit gegenüber der Tätigkeit für ein PVZ wird von den Ärzten jedoch sehr unterschiedlich bewertet. Auch ist die Attraktivität der Teilnahme an der Regel- und Privatversichertenversorgung natürlich abhängig von den regionalen Gegebenheiten (PVZ-Dichte, Anteil Versicherte in der Regelversorgung).

### Exkurs Szenario A: Weitere Merkmale eines PVZ

Viele PVZ werden von integrierten Versorgungsanbietern betrieben, hinter denen letztlich Krankenhausketten stehen. Die regionalen PVZ bilden hier gewissermaßen das „Frontend“ eines sektorübergreifend integrierten Versorgungsanbieters.

Typische PVZ ähneln heutzutage Polikliniken mit Ärzten mehrerer Fachrichtungen und zahlreichen nichtärztlichen Therapeuten und Leistungserbringern. Es fehlen in der Regel lediglich die spezialisierten Facharzt Disziplinen, weil die PVZ diese Leistungen von den assoziierten oder kooperierenden Krankenhäusern beziehen.

Die PVZ benötigen für ihre angestellten Ärzte keine Zulassung (im Sinne der Bedarfsplanung) mehr, so dass sie unabhängig von den Strukturen der Regelversorgung entstehen können.

Da der Sicherstellungsauftrag – auch für die Notfallversorgung – für die dort eingeschriebenen Versicherten an die PVZ übergegangen ist, konnten diese flexible Strukturen schaffen. Insbesondere in ländlichen Regionen werden häufig „PVZ“-Mobile eingesetzt und die Versorgung z.B. auch über speziell geschultes Pflegepersonal sichergestellt. Auch bieten die PVZ Fahrdienste an, um ältere Patienten zu den PVZ zu befördern.

Die ehemals starke ambulante Facharztschiene in Deutschland ist deutlich geschwächt worden. Die ambulanten Facharztpraxen sind überwiegend vertraglich an ein Krankenhaus oder ein PVZ gebunden. Da ein großer Teil der Versorgung im Rahmen der PVZ-Tarife gewährt wird, blieb den meisten niedergelassenen Fachärzten nichts anderes übrig, als sich entsprechenden Verträgen anzuschließen.

Daneben gibt es auch noch niedergelassene Fachärzte, die unabhängig arbeiten und Privatpatienten bzw. GKV-Versicherte behandeln, die in der Regelversorgung mit freier Arztwahl geblieben sind. Alles in allem liegen die fachärztlichen Kapazitäten in Deutschland heute in Relation zur Demographie der Bevölkerung relativ niedriger als noch zu Beginn des Jahrhunderts. Die Regelversorgung wird weiterhin über die KVen organisiert. Häufig greifen aber auch PVZ auf KV-Consult-Firmen zurück, um dort Dienstleistungen wie z.B. Datenmanagement einzukaufen.

## 2.2 Versicherte und Patienten

Ein Teil der Bundesbürger kann auch im Jahr 2020 zwischen der privaten Krankenversicherung (PKV) und dem Verbleib in der GKV wählen. Für Beamte gilt weiterhin das Beihilfesystem, das im Regelfall durch eine private Krankenversicherungspolice ergänzt wird.

Wer sich in ein PVZ einschreibt, reduziert seinen Zusatzbeitrag

Die Versicherten der GKV haben im Jahr 2020 nicht nur die freie Kassenwahl, sondern können auch zwischen unterschiedlichen Versorgungsformen entscheiden. Teilweise sind diese mit Elementen eines Wahltarifs kombiniert, d.h. mit der Gewähr von Prämien und Boni, die faktisch eine Absenkung der für die Regelversorgung fälligen Zusatzprämien bedeuten. Um eine längerfristige Bindung der Versicherten an den einmal gewählten Versorgungsanbieter zu stimulieren und damit ein längerfristiges Planen und Handeln der Leistungsanbieter zu fördern, sind die Prämiennachlässe bzw. Boni von der Dauer der Zugehörigkeit abhängig.

In der Regelversorgung gilt nach wie vor die freie Wahl unter den zugelassenen Vertragsärzten und Krankenhäusern. Dabei bleibt es den Versicherten überlassen, ob sie fallweise eine der neuen integrierten Versorgungseinrichtungen – also PVZ oder MVZ – oder die zwar zahlenmäßig reduzierten, aber nach wie vor praktizierenden Haus- und Fachärzte in Einzelpraxen aufsuchen.

Ein Teil der GKV-Versicherten legt großen Wert auf die Beziehung zu dem individuell gewählten Arzt und größere Spielräume bei der Inanspruchnahme von Leistungen. Diese Versicherten wählen bewusst die Regelversorgung und nehmen höhere Zuzahlungen in Kauf.

Die PVZ-Dichte ist auf dem Land deutlich niedriger als in der Stadt

Daneben bleibt ein Teil der Bevölkerung vermutlich nicht ganz freiwillig in der Regelversorgung: In ländlichen Regionen sind die Behandlungszentren der integrierten Versorgungsanbieter häufig so weit vom Wohnort entfernt, dass ein wohnortnaher Arzt und damit der Verbleib in der Regelversorgung trotz der höheren Kosten bevorzugt wird.

In den Ballungsgebieten wird der intensive Wettbewerb unter den Krankenkassen inzwischen zu einem großen Teil über die von der Kasse angebotenen Versorger und Versorgungsformen ausgetragen. Ist ein Patient mit seinem PVZ unzufrieden oder werden Qualitätsmängel eines Versorgers offenkundig, so wechseln die eingeschriebenen Versicherten rasch den Tarif bzw. in den meisten Fällen gleich die Krankenkasse, falls diese kein alternatives PVZ im Angebot hat.

Die Kassen vereinbaren Qualitätsstandards mit den PVZ

Nach einer Reihe von spektakulären Fällen, in denen die betroffenen Kassen Versicherte infolge von Qualitätsmängeln ihrer Vertragspartner verloren hatten, sind die Kassen inzwischen um ein vorausschauendes qualitätsbezogenes Vertragscontrolling bemüht. In der Regel vereinbaren die Krankenkassen mit den PVZ Qualitätsstandards, die anhand von Indika-

### Exkurs Szenario A: Wahl- und Informationsmöglichkeiten der Versicherten

Die Versicherten und Patienten haben im Jahr 2020 ein deutlich erweitertes Angebot an qualitätsbezogenen Informationen und höherwertigen Informationsdienstleistungen zur Verfügung:

- Das Anfang des Jahrhunderts zunächst im Krankenhaussektor gestartete gesetzliche System der externen Qualitätsvergleiche wurde – in einer an die jeweilige Einrichtungsgröße angepassten Form – inzwischen auf alle Leistungsanbieter ausgedehnt. Über die großen integrierten Versorgungsanbieter, insbesondere auch die PVZ, sind daher umfassende Daten zur Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität verfügbar.
- Da die Wahl der Kasse und der Versorgungsform inzwischen ein wichtiges Thema geworden ist, viele Versicherte aber trotz der didaktischen Aufbereitung guter Websites mit den Qualitätsinformationen zu den Anbietern überfordert sind, haben sich spezielle Beratungsbüros etabliert. Diese sind in Trägerschaft der Verbraucherberatungsstellen, von Selbsthilfeorganisationen, Kirchen oder Wohlfahrtsverbänden.
- Den Versicherten steht die Wahl ihres PVZ im Rahmen des jeweils gewählten Tarifs ihrer Krankenkasse frei. Sie erhalten von ihren Versicherungen Listen mit den Vertrags-PVZ, aus denen sie eines zur Einschreibung wählen. In Ballungsgebieten bestehen – im Gegensatz zu kleineren Städten und ländlichen Regionen – wegen der geringeren räumlichen Entfernungen entsprechend größere Wahlmöglichkeiten für die Versicherten.
- Über die PVZ-Wahlmöglichkeiten innerhalb eines Kassentarifs hinaus besteht natürlich die Möglichkeit, durch Wechsel der Kasse ggf. andere PVZ zu wählen.

Die Entscheidung für eine Kasse bzw. zwischen den PVZ-Tarifen verschiedener Kassen ist zum Teil eine komplexe Angelegenheit geworden, da die PVZ ihre medizinischen und präventiven Kernleistungen regelmäßig um weitere gesundheits- und wellnessbezogene Angebote ergänzen und dies auch offensiv als Marketinginstrumente eingesetzt.

toren regelmäßig überprüft werden. Letztlich verfolgen die Vertragspartner hier jedoch ähnliche Interessen. Denn wenn die Krankenkasse Versicherte aufgrund von Qualitätsmängeln verliert, verliert auch das PVZ eingeschriebene Versicherte und somit Umsatz.

## 2.3 Finanzierung und Versicherungsmarkt

Beiträge fließen in den Gesundheitsfonds

Die GKV-Mitglieder zahlen staatlich festgelegte einkommensabhängige Beiträge in den Gesundheitsfonds. Die Kassen erhalten, vermittelt über den morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich, durch den Fonds risiko-äquivalente Prämien für ihre Versicherten.

Die Einnahmen der Kassen aus dem Fonds und die tatsächlichen Ausgaben sind heute bei keiner Kasse mehr deckungsgleich. Diese Unterdeckung des Fonds ist vom Gesetzgeber intendiert, um den Wettbewerb zwischen den Kassen zu erhöhen.

Alle Kassen müssen einen Zusatzbeitrag erheben

Alle Kassen müssen von ihren Mitgliedern nun eine Zusatzprämie erheben. Die im ursprünglichen Gesetz noch vorgesehene Überforderungsklausel, die festlegte, dass der kassenindividuelle Zusatzbeitrag nur ein Prozent der beitragspflichtigen Einnahmen des Mitglieds betragen darf, wurde nach kurzer Zeit gestrichen, weil sie nicht praktikabel war. Der mit der Überforderungsklausel angestrebte soziale Ausgleich wurde in die Sozialhilfe und somit in das Steuertransfersystem verlagert. Übersteigt selbst die niedrigste Zusatzprämie einen festgelegten Anteil ihres Haushaltseinkommens, so können die Versicherten Krankenkassengeld beantragen.

Die Krankenkassen stehen aufgrund des Fonds unter einem harten Preiswettbewerb. Es besteht nun auf Seiten der Versicherungen ein starkes Interesse an der Entwicklung neuer vor allem zur Ausgabendämpfung beitragender Versorgungsformen.

Preiswettbewerb und Konzentrationsprozesse bei den Kassen

Parallel zur Herausbildung neuer, vor allem größerer Unternehmensstrukturen auf der Leistungsanbieterseite ist es auch auf Seiten der Krankenkassen zu einem Konzentrationsprozess gekommen. Die neuen Funktionen der Entwicklung von geeigneten Vertragskonstruktionen sowie des qualitätsbezogenen Vertragscontrolling erforderten erhebliche Investitionen in Personal und Infrastruktur, die nur von größeren Kassen wirtschaftlich bewältigt werden konnten.

Die PKV bleibt bestehen

Die PKV ist von den Umwandlungen nicht betroffen und besteht weiterhin als parallele Vollversicherung zur GKV. Freiheit von der Versicherungspflicht in der GKV ist weiterhin ans Einkommen bzw. den Erwerbsstatus gekoppelt.

## 2.4 Weiterentwicklung des Leistungskatalogs der GKV

Die Weiterentwicklung des Leistungskatalogs der GKV liegt institutionell auch 2020 noch in den Händen des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA), der seine Entscheidungen durch Gutachten des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) vorbereiten lässt.

Die früher teilweise heftigen Auseinandersetzungen über Methoden und Verfahren der Bewertung des Nutzens bzw. der Wirtschaftlichkeit (Kosten-Nutzen-Bewertungen) von Innovationen haben jedoch deutlich nachgelassen, weil die strukturellen Veränderungen im deutschen Gesundheitswesen auch in diesem Bereich die Schwerpunkte verschoben haben.

Die Mehrheit der GKV-Versicherten wird heute von Leistungsanbietern versorgt, die eine komplette Budgetverantwortung übernommen haben. Sie sind bestrebt, mit den Budgetmitteln neben der medizinischen Leistungsqualität auch einen angemessenen Gewinn zu realisieren und haben deshalb im Regelfall keinen Anreiz, nutzlose oder unwirtschaftliche Verfahren einzusetzen. Aus Eigeninteresse wählen sie daher die diagnostischen und therapeutischen Ressourcen nach rationalen Kriterien aus. Dem PVZ-Management kommt hierbei eine zentrale Rolle zu. Insbesondere größere PVZ-Ketten führen eigene Nutzenanalysen durch und erarbeiten spezifische Indikationskriterien und Leitlinien. Insofern gilt heute, dass eine positive Entscheidung des G-BA für den wirtschaftlichen Erfolg eines Arzneimittels oder einer anderen Innovation keineswegs ausreicht. Letztlich ist die Relevanz einer Innovation innerhalb der Kalküle der Fundholder der wichtigste Faktor.

Weil die PVZ die Budgetverantwortung haben, meiden sie nutzlose und unwirtschaftliche Verfahren

Formal geändert wurde die Ungleichbehandlung des stationären und des ambulanten Sektors: Im ambulanten Sektor bestand früher im Hinblick auf Innovationen ein Erlaubnisvorbehalt des G-BA, wogegen im stationären Bereich neue Verfahren ohne Sanktion des G-BA erprobt werden konnten, es sei denn, es wurde ein explizites Verbot ausgesprochen (Verbotsvorbehalt). Diese Unterscheidung erwies sich bereits zu Beginn des Jahrhunderts als hinderlich (Beispiel Protonentherapie). Nach den tiefgreifenden Veränderungen im ambulanten Bereich – Entstehung von größeren Anbieterkonstellationen, Veränderung der Anreizstrukturen – wurde daher auch im ambulanten Bereich die Regulierung auf einen Verbotsvorbehalt zurückgestuft.

Der G-BA bewertet neue Verfahren im ambulanten und stationären Sektor nach gleichen Kriterien

Neue Leistungen sind in Regelversorgung freier zugänglich

Theoretisch können einem Versicherten in der PVZ-Versorgung nur unter Verbotsvorbehalt stehende Leistungen vorenthalten werden. In der Praxis sind die Innovationen dem Versicherten jedoch in der Regelversorgung freier zugänglich. Im Bereich der Regelversorgung werden auch Verfahren von fragwürdigem bzw. ungeklärtem Nutzen eingesetzt (bis ggf. ein Verbot des G-BA erfolgt). Dies wird jedoch in Kauf genommen, zumal die Versicherten in der Regelversorgung diesen größeren Dispositionsspielraum ihres Arztes explizit wünschen und ihn durch die höheren Zusatzprämien auch bezahlen.

Auf der anderen Seite wurde durch die Gleichstellung des ambulanten mit dem stationären Sektor in dieser Frage erreicht, dass die neu entstandenen Versorgungsformen größere Handlungsspielräume bei der Weiterentwicklung der Versorgung erhalten und gegenüber dem stationären Bereich wettbewerbsfähiger sind.

### 2.5 Arzneimittelversorgung

Für die pharmazeutische Industrie ist mit dem Entstehen der neuen Leistungsanbieter (PVZ usw.) eine neue Situation entstanden, die sich von der „Rabattbewegung“ nach dem GKV-WSG unterscheidet. Zwar sind auch die neuen Versorger im Rahmen ihrer Fundholding-Kalküle an niedrigen Arzneimittelpreisen interessiert. Im Gegensatz zu den Krankenversicherungen, die stets ausschließlich die Preiskomponente im Blick hatten, interessieren sich die PVZ jedoch auch für qualitätsbezogene Fragen, also beispielsweise dafür, was ein Medikament innerhalb eines therapeutischen Gesamtkonzeptes zu leisten vermag. Dies gilt insbesondere für Innovationen.

Die PVZ können direkte Verträge mit Herstellern schließen

Neben den Möglichkeiten zu Rabattverträgen wurden die Rahmenbedingungen so geändert, dass auch Leistungsanbieter direkte Verträge mit pharmazeutischen Unternehmen schließen können. Diese verhandeln unmittelbar mit den Arzneimittelherstellern über Preise und Abnahmemengen. Die ehemals wichtige Rolle des Außendienstes der Pharma-Unternehmen hat daher deutlich abgenommen; Adressaten sind lediglich die selbstständigen in der Regelversorgung tätigen Ärzte. Die Leistungsanbieter neuen Typs (PVZ-Betreiber) beschäftigen spezialisierte Mitarbeiter, die als medizinische sowie ökonomische Ansprechpartner mit der Industrie verhandeln. Zwar bleiben auch die Kassen Vertragspartner der

Industrie, faktisch sind jedoch die PVZ insbesondere im Innovationssegment häufig die ausschlaggebenden Akteure.

Auch der Arzneimittelvertrieb und das Apothekenwesen ist von diesen Entwicklungen betroffen: Da viele PVZ eigene Apotheken angegliedert haben, erzielen die Apotheken alten Stils ihren Umsatz fast ausschließlich über die Versicherten der Regelversorgung.

Apotheken können an die PVZ angegliedert sein

Die arztindividuellen Arzneimittelbudgets bzw. Richtgrößen sowie die Bonus-Malus-Regelung wurden abgeschafft. In den PVZ-Tarifen bestehen ausreichende Wirtschaftlichkeitsanreize, die diese Instrumente überflüssig machen. In der Regelversorgung stehen einerseits die administrativen Aufwände nicht mehr im Verhältnis zu den möglichen Einsparungswirkungen. Andererseits hat sich politisch die Auffassung durchgesetzt, dass in der Regelversorgung weniger steuernde Eingriffe erforderlich sind: Jeder kann in einen der kostengünstigeren PVZ-Tarife wechseln.



## 3 Szenario B

### 3.1 Weiterentwicklung des Leistungskatalogs der GKV

Das deutsche Gesundheitswesen zeichnet sich im Jahre 2020 durch eine auf wissenschaftlich gesicherten Grundlagen stehende, für alle Bürger gleiche Grundversorgung im so genannten „Gemeinschaftstarif“ aus. Die Deregulierungen im Hinblick auf selektive Vertragsabschlüsse (z.B. Verträge zur hausarztzentrierten Versorgung und Arzneimittelrabattverträge) der früheren Jahre wurden zurückgefahren. Für die Entwicklung des Gemeinschaftstarifs wurden in Hinblick auf die Aufnahme neuer medizinischer Technologien explizite Regeln und Verfahren festgelegt. Diese bewirken, dass nur Innovationen mit belegtem Nutzen (d.h. sozialrechtlich relevantem Behandlungserfolg) und einer festgelegten Kriterien genügenden Wirtschaftlichkeit in den Tarif aufgenommen werden. In Ergänzung dazu gibt es einen kontinuierlich wachsenden Bereich der von der PKV angebotenen Individualtarife.

Grundversorgung im Gemeinschaftstarif ergänzt durch Individualtarife der PKV

Der früher bestehende permanente Konflikt zwischen Selbstverwaltung, Industrie, Leistungsanbietern und Patientenvertretern über die Aufnahme von Innovationen in den Leistungskatalog der GKV wurde durch die klare und explizite Abgrenzung zwischen dem Gemeinschaftstarif und den Individualtarifen deutlich entschärft. Die vollumfängliche Erstattung einer Innovation im Gemeinschaftstarif setzt voraus, dass der G-BA über die Erstattungsfähigkeit positiv befunden hat. Sowohl für den stationären Sektor als auch für Arzneimittel wurde, analog zur Situation im ambulanten Bereich, ein Erlaubnisvorbehalt eingeführt; d.h. keine Leistung kann ohne "Erlaubnis" des G-BA über den Gemeinschaftstarif abgerechnet werden.

Der Leistungskatalog des Gemeinschaftstarifs ist wissenschaftlich fundiert und explizit definiert

Der G-BA ist heute durch hauptamtlich tätige Experten besetzt. Diese sind folglich nicht wie ehemals als Interessenvertreter ihrer entsendenden Organisationen, sondern vielmehr administrativ tätig. Die methodischen und prozessualen Vorgehensweisen des G-BA sind im SGB V bzw. durch ergänzende Richtlinien des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG)

konkretisiert. Bei Inanspruchnahme einer innovativen medizinischen Leistung, die nicht in den Gemeinschaftstarif aufgenommen wurde, werden die Kosten von der GKV jedoch bis zu der Höhe erstattet, die bei Inanspruchnahme der im Gemeinschaftstarif enthaltenen alternativen/vergleichbaren Leistung entstanden wären (Festzuschuss).

### Keine Aufnahme in den Gemeinschaftstarif ohne Kosten-Nutzen-Bewertung

Für die vollständige Erstattung im Gemeinschaftstarif müssen (neue) medizinische Technologien zum einen medizinischen Nutzen in evidenzbasierten Analysen nachweisen können. Zum anderen müssen sie ein explizit definiertes Wirtschaftlichkeitskriterium erfüllen, das die Kosteneffektivität und die medizinische Notwendigkeit eines neuen Verfahrens berücksichtigt (siehe Exkurs).

In einer Kosten-Nutzen-Bewertung werden dazu die zusätzlichen Kosten ermittelt, die gegenüber einer Standardtherapie entstehen. Diese werden anschließend dem zusätzlich erzielten Nutzen gegenüber gestellt. Je nach Schwere der betreffenden Krankheit sind unterschiedliche Verhältnisrelationen (oder Schwellenwerte) von Zusatzkosten zu Zusatznutzen festgesetzt. Die Methoden der Kosten-Nutzen-Bewertung sowie das Verfahren zur Festlegung der indikationsbezogenen Schwellenwerte ist durch den Gesetzgeber im SGB V explizit vorgegeben. Diese werden durch den G-BA lediglich operationalisiert.

Die empirische Ermittlung des medizinischen Nutzens erfolgt durch unterschiedliche wissenschaftliche Institute - häufig durch das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen. Der G-BA koordiniert und vergibt die Aufträge. Die Erfüllung des Wirtschaftlichkeitskriteriums ist bei neuen Verfahren erst mit einem Zeitverzug hinreichend belegbar und kann daher nicht unmittelbar geprüft werden. In diesem Fall wird für die neuen Technologien im Regelfall ein Festzuschuss in der Höhe des analogen Verfahrens im Gemeinschaftstarif gezahlt.

Darüber hinaus sieht die Rechtsprechung (siehe "Nikolaus-Urteil") weiterhin vor, dass in Einzelfällen bei "lebensbedrohlichen, regelmäßig tödlich verlaufenden Erkrankungen" eine Behandlung, die "eine nicht ganz entfernte Aussicht auf Heilung oder auf spürbare positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf" hat, zur Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenkassen gehört.

Beim Start des Gemeinschaftstarifs waren für die Versicherten kaum Leistungsausgrenzungen bemerkbar, da sich die höheren Evidenzanforderungen zunächst nur bei Innovationen bemerkbar machten. Mit der Zeit wurden jedoch auch ausgewählte Bestandsleistungen auf ihre Sicherung und Wirtschaftlichkeit kritisch geprüft und ausgeschlossen.

Leistungsausgrenzungen nehmen im Zeitverlauf zu

Darüber hinaus ist zu beobachten, dass die Hersteller im Hinblick auf ihre innovativen Produkte bzw. Behandlungsmethoden unterschiedliche Strategien verfolgen. Einige haben ein sehr hohes Interesse, durch geeignete Studien schnell eine Aufnahme in den Gemeinschaftstarif zu erzielen und hierdurch Mengeneffekte zu sichern. Andere wiederum streben das Geschäft im Individualversicherungssegment an, das ihnen im allgemeinen höhere Preisspannen ermöglicht. Letztlich sind die im Gemeinschaftstarif enthaltenen neuen Leistungen somit auch durch das Kalkül der Industrie beeinflusst.

### Exkurs Szenario B: Verfahren der Kosten-Nutzen-Bewertung

Für die vollständige Erstattung im Gemeinschaftstarif müssen (neue) medizinische Technologien bzw. Arzneimittel zum einen höchsten Ansprüchen an die Evidenzbasierung des medizinischen Nutzens genügen. Die Erfüllung des Wirtschaftlichkeitskriteriums bei neuen Verfahren ist erst mit einem Zeitverzug hinreichend belegbar und kann daher nicht unmittelbar geprüft werden. In diesem Fall wird für die neuen Technologien im Regelfall ein Festzuschuss in der Höhe des im Gemeinschaftstarifs analogen Verfahrens gezahlt.

Anbieter einer neuen Leistung können jedoch mit dem Spitzenverband der Krankenkassen unter Vorlage existierender Nutzenbelege einen erhöhten Festzuschuss verhandeln. Um die Unsicherheit des Nutzens zu adressieren, bieten die Anbieter neuer Technologien teilweise Begleitleistungen an, die die Umsetzungseffektivität im Versorgungskontext erhöhen oder vereinbaren, bei unzureichenden Nutzenbelegen später Rückzahlungen zu leisten. In diesem Zuge wird auch eine Frist verhandelt, bis zu der die notwendigen Grundlagen für eine Kosten-Nutzen-Bewertung beizubringen sind.

Nach Ablauf der Frist erfolgt eine Prüfung der Wirtschaftlichkeit und der medizinischen Notwendigkeit des Verfahrens durch den GBA. In einer Kosten-Nutzen-Bewertung werden dazu die zusätzlichen Kosten ermittelt, die gegenüber einer Standardtherapie entstehen. Sie werden dem zusätzlich erzielten Nutzen gegenüber gestellt. Je nach Schwere der betreffenden Krankheit sind unterschiedliche Verhältnisrelationen (oder Schwellenwerte) von Zusatzkosten zu Zusatznutzen festgesetzt. Die Methoden der Kosten-Nutzen-Bewertung sowie das Verfahren zur Festlegung der indikationsbezogenen Schwellenwerte ist durch den Gesetzgeber im SGB V explizit vorgegeben. Diese werden durch den GBA lediglich operationalisiert.

Unterschreitet eine neue Technologie oder ein Arzneimittel diesen Schwellenwert, so wird sie in den Gemeinschaftstarif aufgenommen und ist voll erstattungsfähig. Der Gemeinschaftstarif enthält somit die Innovationen, die dem Wirtschaftlichkeitskriterium genügen.

Erreicht die Innovation die vorgegebene Kosten-Nutzen-Relation nicht, so wird die Kostenübernahme im Rahmen des Gemeinschaftstarifs auf einen „Festzuschuss“ begrenzt. Dieser wird anhand der Empfehlung des GBA zwischen Anbietern und Spitzenverband Bund verhandelt bzw. festgelegt. Er bemisst sich in der Regel nach dem Schwellenwert. Bei Verfahren, die deutlich teurer sind als der Festzuschuss, führt diese Regelung faktisch dazu, dass nur Versicherte mit einer geeigneten Zusatzversicherung die neue Therapie zeitnah in Anspruch nehmen können. Die Schwellenwerte entstehen durch Abwägung ethischer, medizinischer und ökonomischer Gesichtspunkte. In der Regel werden bei schwereren Krankheiten mit wenigen therapeutischen Alternativen höhere Schwellenwerte bestimmt als bei leichteren.

## 3.2 Finanzierung und Versicherungsmarkt

Nach einer gescheiterten Klage beim Bundesverfassungsgericht konnten die Pläne zur Einführung eines Gemeinschaftstarifs und allgemeiner Versicherungspflicht umgesetzt werden. Alle Bürger sind heute im GKV-Gemeinschaftstarif versichert. Aus verfassungsrechtlichen Gründen wurde jedoch davon abgesehen, PKV-"Alt"-Versicherte zwangsweise in die Bürgerversicherung zu überführen. Die ehemaligen PKV-Versicherten sind somit weiter Vollversicherte. Da die Prämien aufgrund der fehlenden Neuzugänge jedoch sehr angestiegen sind, wählen insbesondere ältere Versicherte den verpflichtend anzubietenden PKV-Basistarif, der dem Gemeinschaftstarif der GKV gleicht.

Der GKV-Gemeinschaftstarif ist Pflicht und die PKV bietet keine Vollversicherung mehr

Die 2007 mit dem GKV-WSG beschlossene Einführung des Gesundheitsfonds mit einheitlichem Beitragssatz wurde aufgrund der technischen und politischen Umsetzungsprobleme wieder rückgängig gemacht. Die GKV-Mitglieder zahlen heute für den Gemeinschaftstarif kassenindividuelle einkommensabhängige Beiträge. Die Arbeitgeber tragen weiterhin nahezu die Hälfte dieser Kosten (Arbeitgeber 47%, Arbeitnehmer 53%). Die beitragspflichtigen Einkommen von Selbständigen werden wie vormals bei freiwillig GKV Versicherten ermittelt - sind aber nicht mehr in den Satzungen der Kassen, sondern explizit durch das SGB V vorgegeben. Auch bei Rentnern und Beziehern von Arbeitslosengeld etc. sind die alten Regelungen beibehalten worden. Kapital- und andere Einkünfte werden auch weiterhin nicht als beitragspflichtiges Einkommen herangezogen.

Die Beiträge sind einkommensabhängig und variieren von Tarif zu Tarif

Es gibt eine Vielzahl regionaler und überregionaler Krankenversicherungen. Der morbiditätsorientierte Risikostrukturausgleich wird weiterhin durch das BVA durchgeführt. Er gleicht die unterschiedlichen Risikostrukturen im Hinblick auf Einkommen und morbiditätsbedingte Ausgaben der Kassen aus.

Die Individualtarife werden risikoäquivalent kalkuliert. Die Beiträge werden allein von den Versicherten gezahlt. Der Abschluss wird aber staatlich gefördert, indem die Prämien bis zu einem jährlich angepassten Höchstbetrag in voller Höhe steuerlich geltend gemacht werden können. Voraussetzung für die Anerkennung der steuerlichen Abziehbarkeit ist eine Zertifizierung des Individualtarifs durch die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (Bafin). Die im Versicherungsaufsichtsgesetz

Individualtarife werden risikoäquivalent berechnet und steuerlich gefördert

(VAG) hinterlegten Anforderungen an die Krankenversicherungsunternehmen wurden diesbezüglich spezifiziert.

Individualtarife  
nicht für alle  
Versicherten  
finanzierbar

Die Individualtarife sind jedoch trotz der steuerlichen Förderung nicht für alle Versicherten finanzierbar. Insbesondere einkommensschwachen Bürgern mit gravierenden Vorerkrankungen bleiben sie faktisch verschlossen, da die Prämien risikoäquivalent berechnet werden.

Die PKV hat wegen der allgemeinen Versicherungspflicht im Gemeinschaftstarif ihren Vollversicherungsbereich (bis auf Alt-Versicherte) verloren. Diese Veränderung war seinerzeit politisch und verfassungsrechtlich nur durchsetzbar, indem den privaten Unternehmen der Bereich der Individualtarife exklusiv zugestanden wurde. Den gesetzlichen Krankenkassen ist die Versicherung von Leistungen, die über den Gemeinschaftstarif hinausgehen, nicht gestattet.

Der Umsatz der PKV war gegenüber der Situation in 2008 zunächst rückläufig, da die demographisch bedingt sinkenden Umsätze bei den ausscheidenden Vollversicherten zunächst nicht vollständig durch Mehrumsätze im Individualtarif ausgeglichen werden konnten. Die weitere Umsatzentwicklung der PKV hängt davon ab, wie stark der Individualtarifbereich durch die Verfügbarkeit von Innovationen außerhalb des Gemeinschaftstarifs bzw. die Ausgliederung von Bestandsleistungen aus dem Gemeinschaftstarif wachsen wird.

Im Jahr 2020 bestehen im Individualversicherungsbereich große Wahlmöglichkeiten. Viele Produkte zielen auf die Absicherung des Zugangs zu Innovationen, die noch nicht im Gemeinschaftstarif abgedeckt sind. Häufig werden Versicherungspakete angeboten, die in Kombination mit den Festzuschüssen ein Präparat oder Behandlungsverfahren ermöglichen, das nicht im Gemeinschaftstarif abgesichert ist.

Trotz anfänglicher Bedenken bezüglich der versicherungstechnischen Realisierbarkeit der Individualtarife, scheint das Kalkulationsrisiko für die Versicherungsunternehmen beherrschbar.

### 3.3 Leistungsanbieter und Versorgungsprozesse

Ziel des Gemeinschaftstarifs ist es, eine gleichmäßige und qualitativ gute Versorgung sicher zu stellen.

Die Krankenkassen haben es seinerzeit trotz verbesserter Rahmenbedingungen nicht geschafft, einen wirksamen Vertragswettbewerb zu etablieren. Konzepte, die durch prozessuale und integrative Ansätze die Gesundheitszustände und die Zufriedenheit der Versicherten verbesserten, wurden letztlich nicht gefunden. Stattdessen dominierte die Ausweitung der administrativen Overheads, ohne dass es zu einer spürbaren Dämpfung der Ausgabendynamik und Verbesserung der Qualität gekommen wäre.

Im Gemeinschaftstarif gibt es keine selektiven Verträge

Aus diesem Grund wurden die seit den 1990er Jahren eingeführten Möglichkeiten des Vertragswettbewerbs im Gemeinschaftstarif wieder zurückgenommen. Zentral war hierbei aus Sicht der Politik auch, dass keine Einschränkung des Zugangs zu Leistungsanbietern stattfinden sollte. Die Beschränkung der Möglichkeiten zur Inanspruchnahme durch selektive Verträge und Gatekeeping waren zuvor die wichtigsten Instrumente, mit denen die Kassen versucht hatten, die Versorgung zu steuern. Neben den im Gemeinschaftstarif akzeptierten Einschränkungen des Leistungskatalogs sollten den Bürgern keine weiteren Verzichte zugemutet werden.

Selektive hausarztzentrierte und fachärztliche sowie integrierte Versorgungs- und Arzneimittelrabattverträge wurden zurückgenommen. Auch die Wahltarife wurden abgeschafft

Die Kassen schließen somit in allen Sektoren ihre Verträge wieder „gemeinsam und einheitlich“. Im Hinblick auf Versorgungsangebote haben sie wie vor dem Jahr 2000 keine Differenzierungsmöglichkeiten. Die einzelnen Kassen haben somit einen eher verwaltungsnahen Charakter. Die Landesverbände und der Spitzenverband Bund der Kassen haben hingegen vielseitige gestalterische Aufgaben und vertreten die Interessen der Kostenträger gegenüber den Spitzenorganisationen der Leistungsanbieter.

Es gibt wenig Differenzierungsmöglichkeiten bei den Versorgungsangeboten

Instrumente zur Qualitätssteigerung und Wirtschaftlichkeit in der Versorgung werden statt dezentral durch den Vertragswettbewerb heute wieder vom Gesetzgeber vorgegeben und durch die Selbstverwaltung ausgestaltet.

In allen Sektoren findet eine Kontrolle der Leistungsausgaben über Budgets bzw. Richtgrößen statt. Die Zahl der niedergelassenen Ärzte und Vertragskrankenhäuser wird durch die Bedarfsplanung bzw. den Bettenplan reguliert. Im ambulanten und stationären Bereich sorgen pauschalisierte und standardisierte Preise (EBM und DRGs) zum einen für Kostendämpf-

Kontrolle der Ausgaben durch Budgets und Richtgrößen

fung, belohnen aber auch effiziente Leistungsanbieter. Darüber hinaus wurden an der Schnittstelle von ambulant und stationär die beiden Vergütungssysteme angeglichen.

Die einzelnen Krankenkassen versuchen, die Versorgung ihrer Versicherten durch DMP-Programme und andere Strukturverträge zu verbessern. Die DMP-Programme sind aufgrund des eingeführten Morbi-RSA zwar nicht mehr ausgleichsfähig, werden aber als Instrument zur Versorgungssteuerung von vielen Kassen genutzt und weiterentwickelt. Diese Programme ermöglichen es den Einzelkassen, trotz Wegfall der selektiven Vertragsmöglichkeiten steuernd in die Qualität und Effizienz des Versorgungsgeschehens einzugreifen.

Letztlich konzentriert sich der Wettbewerb zwischen den Krankenkassen jedoch auf Kundenorientierung und Betriebskostenmanagement (Verwaltungskosten, Abrechnungscontrolling etc.). Aufgrund des morbiditätsorientierten RSA bietet ein Wettbewerb um "gute Risiken" so gut wie keine Anreize mehr. Kleine Kassen, die dies vormals z.T. ausgiebig nutzten, haben heute keine Wettbewerbsvorteile mehr. Die Zahl der Kassen hat sich stark reduziert. Heute dominieren große regionale und verschiedene überregionale GKVden den Markt. Die Leistungsanbieter sind ebenfalls in den vor dem Jahr 2000 bestehenden Selbstverwaltungsstrukturen organisiert. Nichtsdestotrotz haben sich sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich die Betriebsformen gewandelt.

Die Krankenhäuser müssen aufgrund der pauschalierten Vergütung ihre Prozesse kontinuierlich betriebswirtschaftlich optimieren. Die Krankenhausdichte hat weiter abgenommen. Niedergelassene Ärzte schließen sich aufgrund der flexibilisierten Zulassungsvoraussetzungen und der ebenfalls pauschalierten Vergütung häufig zu MVZ oder Berufsausübungsgemeinschaften mit einer Reihe von angestellten Ärzten zusammen. Viele MVZ sind an Krankenhaus-Ketten angegliedert, aber auch ambulante MVZ-Unternehmen entwickeln sich. Selbständige niedergelassene Ärzte gibt es weiterhin, jedoch wird diese Form des Arbeitsverhältnisses insbesondere von jungen Ärzten kaum mehr genutzt.

Alle (approbierten) Leistungsanbieter dürfen Leistungen des Individualtarifs erbringen. Ihre privatärztlichen Umsätze erzielen sie in zunehmenden Maße über Angebote in diesem Segment und kaum noch über PKV-Alt-Versicherte. Nach wie vor sind viele Leistungsanbieter an privatärztlichen Abrechnungen stark interessiert, da ihnen hier höhere Einkünfte

te möglich sind als im Gemeinschaftstarif. Jedoch hat sich dieses Segment gewandelt.

Zum einen sichern die Zusatztarife insbesondere innovative und somit häufig hochspezialisierte Behandlungen oder Arzneien ab. Somit haben im besonderen Hausärzte und gering spezialisierte Facharztgruppen heute weniger Möglichkeiten, hier tätig zu werden. Zum anderen übernehmen nicht alle Zusatzversicherungen jedwede anfallenden Kosten. Die Versicherungsunternehmen versuchen vielmehr, durch Verträge mit Leistungsanbietern das Kalkulationsrisiko ihrer Prämien zu kontrollieren. Insbesondere die oben beschriebenen Krankenhaus- und MVZ-Ketten stellen in diesem Zusammenhang für die Versicherungen kompetente Vertragspartner dar.

Im Bereich der Individualtarife sind direkte Verträge mit Leistungserbringern möglich

### Exkurs Szenario B: Abschaffung der Einzelverträge

Am Beispiel des ambulanten Sektors wurde deutlich, dass Selektivverträge zu erheblichen Mehrausgaben führten. Hier hatte z.B. der Hausärzteverband ein um 25 Prozent höheres Ergebnis verhandeln können, als im Kollektivsystem entstanden wäre, ohne dass veranlasste Leistungen und damit Ausgaben in anderen Sektoren eingespart wurden.

Auch das Interesse der Kassen, die neuen Versorgungsmodelle zu Marketingzwecken bzw. zur Bindung von Versicherten (z.B. über Prämienrückzahlungen) zu nutzen, ließ aufgrund des für sie ungünstigen Aufwand-Nutzen-Verhältnisses bald nach.

Auf der anderen Seite konnten eine ganze Reihe von Regelungen an der Schnittstelle von Kollektivversorgung zu Vertragswettbewerb nicht hinreichend gelöst werden:

- Das Aufbrechen der kollektiven Strukturen in der ambulanten Versorgung ließ sich nicht mit dem Konzept der Sicherstellung und der Bedarfsplanung verzahnen.
- Die Bereinigung sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich sowie die Anpassung der Arznei- und Heilmittelrichtgrößen als auch der Arzt-Regelleistungsvolumina wurde nicht auf eine praktikable Weise gelöst.
- Das Vorgehen beim Nachweis an das BVA, welcher belegen sollte, dass die Höhe der Prämiennachlässe im Zusammenhang mit Wahlтарifen den Einsparungen durch diese entsprechen, grenzte an Willkür.
- Die neuen Vertragsformen (z.B. im Zusammenhang mit Rabattverträgen) warfen die Frage auf, wann das Gesetz gegen Wettbewerbsbeschränkungen auf Kassen anzuwenden ist. Zudem wurde durch das wettbewerbliche Agieren der Krankenkassen deren Status als Körperschaften des öffentlichen Rechts mehr und mehr angreifbar.

Es wurde zusehends deutlich, dass die Parallelität der beiden Systeme eine Vielzahl grundsätzlicher Fragen aufwirft und zudem erheblichen administrativen Mehraufwand verursacht. In der Politik setzte sich die Überzeugung durch, die Versorgung innerhalb des Gemeinschaftstarifs rein sozialgesetzlich zu gestalten. (Auch die Parallelität der PKV-Vollversicherung wurde ja aufgehoben.) Getrennt hiervon wurde ein zweiter liberalisierter Versicherungsbe- reich geöffnet, der ausschließlich privatwirtschaftlich organisiert ist.

### 3.4 Arzneimittelversorgung

Arzneimittel müssen das explizit festgelegte Wirtschaftlichkeitskriterium des Gemeinschaftstarifs erfüllen. Grundsätzlich werden somit die Kosten im Gemeinschaftstarif nur dann vollständig übernommen, wenn die Kos-

ten pro zusätzlicher Effekteinheit einen festgelegten Schwellenwert nicht überschreiten. Überschreiten die Kosten eines Arzneimittels den geltenden Schwellenwert, so wird die Kostenübernahme im Rahmen des Gemeinschaftstarifs auf einen "Festzuschuss" begrenzt. In der Übergangszeit werden mit dem Spitzenverband der Krankenkassen Festzuschüsse verhandelt.

Die Pharmaindustrie entscheidet heute schon in einem frühen Stadium der Produktentwicklung, ob dieses für den Gemeinschaftstarif oder den Individualtarif intendiert ist. Wird der Vertrieb über den Gemeinschaftstarif anvisiert, werden so früh wie möglich Studien mit Nutzenendpunkten in Auftrag gegeben.

Aus Sicht der Pharmaindustrie ist die Einführung eines Produkts in den Gemeinschaftstarif z.B. vorteilhaft, wenn die hierdurch gesicherten Mengeneffekte die Preiseffekte des Individualtarifs übersteigen. Bei gleichzeitiger vertraglicher Kooperation mit Versicherungsunternehmen eignen sich beispielsweise auch Medikamente, bei denen es eine feste Zielgruppe wie z.B. Diabetiker oder Rheumatiker gibt. Die Versicherung würde den Individualtarif entwerfen, die Versicherten ließen sich gezielt werben. Bei Kooperationsverträgen mit Versicherungen wären auch Arzneimittel, die die Überlebensrate bei selteneren Krebsarten erhöhen, potentiell interessant, da hier ggf. eine hohe Zahlungs- und damit Versicherungsbereitschaft der Bürger besteht.

Preisgestaltung, Produktinformation und Vertrieb unterscheiden sich somit grundlegend zwischen den beiden Tarifen und den damit verbundenen Versicherungssystemen. Im Gemeinschaftstarif gelten weiterhin Festbetragsgruppen mit ihren Implikationen auf die Preisgestaltung. Die Produktinformation im Gemeinschaftstarif ist weitgehend reglementiert. Fortbildungsveranstaltungen und Kontakte zu Leistungserbringern haben strengen Anforderungen zu genügen. Diesbezügliche Aktivitäten der Pharmaindustrie werden durch eine "Task-Force" des BMG überwacht. Der Vertrieb ist weiterhin über Großhändler und Apotheken organisiert, jedoch wurde das Mehrbesitz-Verbot von Apotheken aufgehoben.

Wie oben bereits angedeutet, kann die Industrie im Individualversicherungsbereich direkt Verträge mit den Versicherungsunternehmen schließen. Preise können frei verhandelt werden, es gibt keine mengenregulierenden Maßnahmen wie z.B. Richtgrößen. Die Informationsfreiheiten sind jedoch auch in diesem Bereich eingeschränkt. Bei Produkten, die den Ge-

Die Produktstrategien der Pharmaindustrie differenzieren sich nach dem anvisierten Tarif

meinschaftstarif noch nicht betreten haben, bestehen diesbezüglich allerdings noch größere Spielräume.

### 3.5 Versicherte und Patienten

Der Gemeinschaftstarif sichert eine gleichmäßige Versorgung

Der Schwerpunkt im Gemeinschaftstarif liegt auf einer gleichmäßigen und transparenten Versorgung. Die Qualitätssicherungsinstrumente sind durch das SGB V vorgegeben. Das IQWiG übernimmt neben den Kosten-Nutzen-Bewertungen auch in dieser Hinsicht Funktionen. So wird es z.B. durch die gemeinsame Selbstverwaltung beauftragt, Qualitätsrichtlinien zu erlassen. Ziel ist es, eine hohe Transparenz bezüglich der Qualität der Leistungserbringung im Gemeinschaftstarif herzustellen.

Leistungserbringer sind zur externen Qualitätssicherung verpflichtet

Durch die Qualitätsrichtlinien sind die Leistungserbringer verpflichtet, ein Qualitätsmanagement einzurichten und jährlich Qualitätsberichte zu veröffentlichen. Daneben führt das IQWiG mithilfe von Sekundär- und Primärdaten Ergebnisqualitätsprüfungen durch. Hierzu hat das IQWiG Indikatoren erarbeitet. Darüber hinaus prüft der Medizinische Dienst der Krankenkassen (MDK) stichprobenartig die Situation vor Ort.

Die Qualitätsberichte sowie die Ergebnisse der Qualitätsprüfungen sind im Internet frei zugänglich. Verbraucherschutzorganisationen nutzen diese Quelle, um unterschiedlichste Informationsprodukte zu erstellen. Darüber hinaus informieren sie über Leistungen, die nicht im Gemeinschaftstarif enthalten, aber auf dem Markt der Individualtarife relevant sind. Die Bevölkerung verfügt damit über eine unabhängige Informationsquelle im Hinblick auf Nutzen und Wirtschaftlichkeit auch von Leistungen außerhalb des Gemeinschaftstarifs.

## 4 Szenario C

### 4.1 Weiterentwicklung des Leistungskatalogs

Im Jahr 2020 ist das deutsche Gesundheitswesen weitgehend liberalisiert. Die GKV wurde in ein privates Versicherungssystem überführt. Die kollektiven Strukturen der „alten GKV“ sind abgeschafft worden. Alle Versicherungsunternehmen agieren unter dem Krankenversicherungsvertragsgesetz. Sie sind verpflichtet, bei Krankheiten, Unfällen und Schwangerschaft dem Versicherten die Kosten der medizinisch notwendigen, wirtschaftlichen und von der Schulmedizin überwiegend anerkannten Untersuchungs- und Behandlungsmethoden zu erstatten. Es wurde eine allgemeine Versicherungspflicht eingeführt. Ansonsten wird die Gestaltung der Versorgung den Such- und Entdeckungsprozessen des Marktes sowie den Präferenzen der Nachfrager überlassen.

Die Strukturen der GKV sind abgeschafft und das Gesundheitswesen ist weitgehend liberalisiert

Das SGB V hat seine Gültigkeit somit verloren. Alle Versicherungsunternehmen agieren unter dem Krankenversicherungsvertragsgesetz (KVVG). Dieses lehnt sich im Hinblick auf den Sicherungsanspruch eng an die im Jahr 2008 für die PKV geltenden Vorgaben an. Die Versicherungsunternehmen sind verpflichtet, bei Krankheiten, Unfällen und Schwangerschaft dem Versicherten die Kosten der medizinisch notwendigen, wirtschaftlichen und von der Schulmedizin überwiegend anerkannten Untersuchungs- und Behandlungsmethoden zu erstatten.

Versicherungen müssen gesetzlich vorgegebenen Versicherungsschutz gewähren

Um sicherzustellen, dass dies auch gewährleistet wird, steht den Versicherten der Rechtsweg offen. Auch können Ombudsmänner in Einzelfällen versuchen, zwischen den streitenden Parteien zu vermitteln. Wird keine Lösung erzielt, müssen die Versicherten ihr Recht einklagen. Der Richter entscheidet, ob es unter den gesetzlichen Rahmenbedingungen begründbar ist, dem Versicherten die Kostenübernahme der Leistung zu verweigern.

In Einzelfällen entscheidet das BMG, die Rahmenvorgaben durch Richtlinien zu konkretisieren. Dies geschieht sowohl dahingehend,

- dass Leistungen explizit ausgeschlossen werden (z.B. wurde konkretisiert, wann es sich um "Schönheits-OPs" handelt, die nicht übernommen werden).
- dass Leistungen explizit eingeschlossen werden (z.B. wurden die Rechte der Versicherten im Hinblick auf Transplantations- und Dialysebewilligung konkretisiert).

Das BMG sucht bei den Entscheidungen die Unterstützung von unabhängigen Wissenschaftlern, Medizinern, Vertretern der Versicherungsunternehmen und Leistungserbringern sowie Patientenvertretern und führt z.B. Anhörungen durch.

Die Versicherungen können ihre Tarife weitgehend frei gestalten

Da es sich bei diesen Vorgängen lediglich um seltene Einzelfälle handelt, können die Versicherungen ihre Tarife ansonsten frei gestalten. Insbesondere können sie Managed-Care Tarife anbieten, in denen die Versicherten an bestimmte Versorgungsprozesse gebunden sind. Auch ist es ihnen gestattet, die Notwendigkeit der Leistungserbringung z.B. durch Genehmigungs- oder Zweitmeinungsvorbehalte im Vorhinein abzusichern.

Versicherte können ihre Prämienbelastung darüber hinaus durch die freiwillige Übernahme höherer Selbstbehalte vermindern. Die maximal möglichen freiwilligen Selbstbehalte werden jedoch staatlich festgelegt. Dies soll verhindern, dass Tarife angeboten und gewählt werden, die zu einer unzureichenden Absicherung führen – und im Schadensfall zu einer finanziellen Inanspruchnahme der Allgemeinheit.

Aufgrund der Gestaltungsspielräume der Versicherungen ist heute (2020) eine Vertragsvielfalt möglich. Die Versicherten können die Tarife und Versicherungsunternehmen unter Beibehaltung von Kündigungsfristen frei wählen und wechseln. Ein Kontrahierungszwang wurde eingeführt.

## 4.2 Finanzierung und Versicherungsmarkt

Die Selbstverwaltung der GKV besteht nicht mehr

Die GKV wurde in ein privates Versicherungssystem überführt. Die kollektiven Strukturen der „alten GKV“ sind abgeschafft worden. Die Strukturen der Selbstverwaltung bestehen nicht mehr. Viele dieser ehemaligen Institutionen haben sich jedoch zu Dienstleistern und Interessensvertretern gewandelt.

Die ehemaligen Krankenkassen haben ihren Status als Körperschaften des öffentlichen Rechts verloren und haben sich in Versicherungsvereine auf Gegenseitigkeit gewandelt. Sie unterliegen nun dem allgemeinen Versicherungs- und Wettbewerbsrecht; als Aufsichtsbehörde agiert die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (Bafin). Es wurde eine allgemeine Versicherungspflicht für alle Bürger eingeführt.

Die Versicherungstarife sind über risikounabhängige Kopfpauschalen finanziert. Das Kostenerstattungs- hat das Sachleistungsprinzip abgelöst. Der Gesetzgeber hat jedoch einen obligatorischen Selbstbehalt vorgesehen, bis zu dem die Versicherten die Krankheitskosten selbst finanzieren müssen. Für PKV-Alt-Versicherte wurden Übergangslösungen gefunden: ihre Prämien werden über eine PKV-Verrechnungsstelle verwaltet.

Risikounabhängige Kopfpauschalen variieren je nach Tarif

Die Arbeitgeber sind an den Krankenversicherungsbeiträgen nicht mehr beteiligt. Überschreitet die finanzielle Belastung eines Haushalts die festgelegten Grenzen, so werden Prämiensubventionen aus Steuermitteln geleistet. Die Durchführung der Subventionierung – auch unterjährig und vorläufig möglich – erfolgt über die Finanzämter im Zusammenhang mit der Veranlagung zur Einkommenssteuer. Pauschalen für Kinder werden ebenfalls durch das Finanzamt erstattet. Die Höhe der Prämienzuschüsse orientiert sich an in der Region angebotenen, günstigen Versicherungspaketen. Insgesamt erhält ein großer Teil der Bevölkerung Zuschüsse zu ihren Prämien. Da diese über steuerliche Begünstigungen umgesetzt werden, entfällt eine mögliche Stigmatisierung durch ihre Inanspruchnahme, wie dies bei einer Auszahlung durch die Sozialämter der Fall wäre.

Sind Versicherte finanziell überfordert, gibt es Zuschüsse aus Steuermitteln

Zwischen den Krankenversicherungen wurde ein morbiditätsorientierter Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA) eingeführt. Dieser gleicht die unterschiedlichen Risikostrukturen der Versicherungen aus. Die Bafin übernimmt die technische Abwicklung des Morbi-RSA. Sie errechnet anhand der Vorjahresausgaben die ‚Bundesprämie‘. Diese dient als interne Verrechnungsgröße mit den Versicherungsunternehmen und stellt die Prämie dar, die alle im Durchschnitt erheben müssten, um die durchschnittlichen Ausgaben zu decken. Dieser Betrag stellt aber nur die erwarteten Ausgaben bei durchschnittlicher Morbidität dar. Aus diesem Grund ermittelt die Bafin ebenfalls, ob die Morbidität der Kasse unter- oder überdurchschnittlich ist. Kassen mit unterdurchschnittlicher Morbidität müssen dementsprechend Mittel an die Bafin abführen und umgekehrt. Die Kasse bekommt somit faktisch immer nur die für ihre Morbidität durchschnittlichen benötigten Kosten ausgeglichen.

M-RSA gleicht Unterschiede zwischen Versicherungen aus und verhindert Risiko-selektion

M-RSA bietet Anreiz, die gleiche Versorgung für weniger Geld zu erbringen

Hierdurch entsteht der Anreiz unabhängig von der Morbidität der Versicherten, die Versorgung mit geringeren Kosten als die Durchschnittskasse zu erbringen. Benötigt die Versicherung z.B. durch einen Managed-Care Tarif für die Versorgung von z.B. chronisch Kranken weniger als dies durchschnittlich über aller Kassen der Fall ist, so bekommt sie von der Bafin "zu viel" Geld für die Versorgung dieser Versicherten und kann ihre Prämie, senken - oder eben als Gewinn verbuchen.

Den Versicherungsunternehmen ist es nicht erlaubt, die Prämien, die sie den Versicherten anbieten, so zu gestalten, dass ihre Ausgaben nicht gedeckt werden. Die Bafin überprüft, ob die Kalkulation der Prämien den Vorgaben entspricht. Die Versicherung darf nur in einem begrenzten Maße Schulden aufnehmen. Bevor Ausschüttungen z.B. an Kapitaleigner stattfinden, muss eine Schwankungsreserve aufgebaut sein; d.h. damit die Versicherungen die Prämien senken können, müssen Einsparungen realisiert worden sein.

Darüber hinaus sind die Versicherungsunternehmen wie oben dargestellt verpflichtet, alle diagnostischen Verfahren und Behandlungen zu erstatten, die medizinisch notwendig und wirtschaftlich sind. Tun sie dies nicht, steht es den Versicherten frei, den Rechtsweg einzuschlagen.

Organisationen von Versicherten und Patienten verhandeln für ihre Mitglieder Gruppentarife

Auch haben die Verbraucher eine zentrale Rolle bei der Sicherung und Ausgestaltung ihrer Präferenzen bekommen. Durch die Einführung der Kopfpauschale und der damit verbundenen Entkoppelung der Beiträge vom Einkommen wurde der Abschluss von Gruppenverträgen möglich. Große Unternehmen, Gewerkschaften, Wohlfahrts- und Patientenvereinigungen aber auch freie Wirtschaftsunternehmen haben diese Möglichkeit für ihre Mitglieder oder Arbeitnehmer aufgegriffen und agieren nun als Einkäufer von Versicherungspaketen (siehe hierzu ausführlicher Kapitel 4.3).

Die Versicherten haben heute größere Wahlmöglichkeiten. Jedoch sind Tarifunterschiede nicht über den expliziten Ausschluss von Leistungen zu erzielen, sondern vielmehr über Prozessoptimierung und Versorgungssteuerung. Das System ermöglicht eine Präferenzorientierung im Hinblick auf die Art und die Schwerpunkte der eigenen Versorgung und nicht im Hinblick auf den Umfang. Bei Einhaltung der Rahmenbedingungen sind daher Tarife für 'Kranke', die alle medizinischen Möglichkeiten umfassen, und Tarife für Gesunde, die keine ausreichende Versorgung für den Erkrankungsfall sicherstellen, nicht denkbar.

Die Präferenzen der Versicherten sind zudem sehr heterogen. Die Gruppe der ‚Kranken‘ und der ‚Gesunden‘ verhalten sich nicht konform. Auf der einen Seite gibt es ‚Gesunde‘, die sich auf dem höchstmöglichen Niveau absichern möchten. Das heißt, sie möchten z.B. keine Arzt- und Generika-bindung hinnehmen. Auch ist es diesen Personen wichtig, dass sie im Not- oder Krankheitsfall die von ihnen gewünschten Spezialkliniken aufsuchen können. Hintergrund dieser Absicherung ist, dass durch die Bindungsfristen der Versicherungen ad-hoc Wechsel von Tarifen bei Schadenseintritt unterbunden werden. Auf der anderen Seite sind eine ganze Reihe von ‚Kranken‘ darauf angewiesen, sich preiswert zu versichern.

Die Präferenzen der Versicherten sind ebenso heterogen wie die angebotenen Tarife

Das System bietet somit immer den Anreiz, eine effizientere, kostengünstigere Versorgung anzubieten - egal ob für ‚Gesunde‘ oder ‚Kranke‘. Die hierdurch erzielten Wettbewerbsvorteile bestehen losgelöst von der Morbidität der Versicherten. Letztlich sogar eher bei den ‚Kranken‘, da hier Einsparungen anhand von Prozessoptimierung in viel höherem Umfang realisiert werden können als bei ‚Gesunden‘. Der Risikoausgleich bzw. das Risikopooling zwischen den Krankenkassen ist in der Bevölkerung akzeptiert. Auch die Zuschussung der Prämien für einkommensschwache Bürger durch Steuermittel wird von der Mehrheit der Bevölkerung – wie andere Sozialleistungen auch – anerkannt.

Exkurs Szenario C: Beispielkalkulation RSA

Die Bafin übernimmt die technische Abwicklung des Morbi-RSA. Sie errechnet anhand der Vorjahresausgaben die ‚Bundesprämie‘. Diese dient als interne Verrechnungsgröße mit den Versicherungsunternehmen. Dieser Betrag (also z.B. 1.800 € jährlich) spiegelt die durchschnittlichen Ausgaben je Versicherten wieder. Die Bafin errechnet ebenfalls anhand von Vorjahresdaten die Verteilung dieser Ausgaben auf Risikoklassen. Zur vereinfachten Darstellung der Funktion des heute (2020) etablierten Morbi-RSA wird anhand der Risikoklassen "Krank" und "Gesund" argumentiert. Der durch das Krankenversicherungsvertragsgesetz eingeführte RSA weist einen hohen Differenzierungsgrad an Morbiditätsklassen auf.

Risikoklassen	Gesund	Krank	Gesamt
Anzahl Versicherte	100	100	200
Kostengewicht	300€	3.300€	1.800€
= Bundesprämie 1.800	30.000€	330.000€	360.000€
Mittelzufluss/-abfluss an Bafin	-1.500 €	1.500 €	

Die durchschnittlichen Ausgaben für die Versicherten ‚Gesund‘ belaufen sich nach Berechnungen der Bafin z.B. auf 300 €, die für die ‚Kranken‘ auf 3.300 € (Ebenfalls unter der vereinfachenden Annahme, dass es 50 Prozent ‚Gesunde‘ und ‚Kranke‘ gibt). Die Versicherten werden nun durch die Bafin diesen Morbiditätskategorien zugeordnet. Da die "Bundesprämie" 1.800 € beträgt, erhält die Versicherung für einen "Kranken" 1.500 € für einen "Gesunden" muss sie 1.500 € an die Bafin abführen. Erbringt die Versicherung in einem Tarif die Versorgung z.B. ihrer ‚Kranken‘ zu den durchschnittlichen Ausgaben, so wird sie in diesem Tarif bei ihren Versicherten 1.800 € als Prämie erheben müssen (1.800 € Prämie + 1.500 € Zuweisung von der Bafin = 3.300 € Ausgaben für "Kranke").

### 4.3 Versicherte und Patienten

Neue Wahlmöglichkeiten lassen neue Informationsangebote entstehen

Die Versicherten haben einerseits eine größere Wahlfreiheit als früher, sind andererseits aber auch mit neuen Entscheidungen und Freiheiten konfrontiert. Zusätzlich wurden auch die Informationsmöglichkeiten der Versicherten erweitert. Insbesondere die Informationsverbote für pharmazeutische Hersteller und andere Leistungsanbieter im Gesundheitswesen wurden aus diesem Grund aufgehoben. Die Qualität der Informationen wird über ein Selbstregulierungssystem der jeweiligen Branchen sichergestellt.

Darüber hinaus engagieren sich die Verbraucherschutzorganisationen mehr und mehr im Gesundheitsbereich. Zum einen bewerten sie die Versicherungen und Leistungsanbieter mit Hilfe von Gütesiegeln bzw. berei-

ten die öffentlich zugänglichen Informationen verbrauchergerecht in unterschiedlichen Medien auf. Hierzu nutzen sie z.B. die verpflichtenden Selbstauskünfte der Versicherungen und die Qualitätsindikatoren der Leistungsanbieter. Daneben betreiben sie Beratungsstellen, in denen man u.a. Zweitmeinungen von Ärzten einholen kann. Außerdem betreiben sie Internetplattformen, auf denen man diese Informationen bekommen kann.

Die größte Veränderung für die Verbraucher stellt jedoch die Möglichkeit der Gruppenverträge dar. Durch die Einführung der Kopfpauschale und der damit verbundenen Entkoppelung der Beiträge vom Einkommen wurden solche Vertragsabschlüsse möglich. Versicherte mit ähnlicher Interessenlage und Präferenzen können diese bündeln und hierdurch Mengeneffekte beim Einkauf erzielen. Große Unternehmen, Gewerkschaften, Wohlfahrts- und Patientenvereinigungen aber auch freie Wirtschaftsunternehmen haben diese Möglichkeit aufgegriffen und agieren nun als Einkäufer von Versicherungspaketen für ihre Mitglieder oder Arbeitnehmer. Die Rechtsform der Einkaufsgemeinschaften ist durch das KVVG vorgegeben. Die Bafin prüft stichprobenartig, um Quersubventionen z.B. von Unternehmensgeldern zu unterbinden.

Gruppenverträge geben den Patienten neue Macht als Verbraucher

Die so genannten Konsumenten-Vereinigungen können bei hinreichender Größe die erforderliche Fachkompetenz für die konkrete Ausgestaltung bzw. Verhandlung ihrer Pakete aufbringen, oder sie engagieren für diese Aufgabe hierauf spezialisierte Subunternehmen. Damit keine zu großen Informationsasymmetrien gegenüber den Versicherern bestehen, hat der Gesetzgeber mit dem Versicherungsvertragsgesetz erweiterte Informationspflichten für die Versicherer eingeführt.

Die Konsumenten-Vereinigungen spielen bei der konkreten Gestaltung der Tarife eine gewichtige Rolle, indem sie die Wünsche ihrer jeweiligen Klientel bündeln und entsprechende Produkte einfordern. Zum Beispiel bietet die Deutsche Diabetes Gesellschaft einen Gruppentarif an, der den Versicherten ein DMP-Programm, Zugang zu diabetologischen Fachkliniken und medikamentösen Innovation sichert, in anderen Bereichen wie z.B. alternativen Heilverfahren (wie Akupunktur etc.) das Angebot jedoch restriktiver gestaltet.

Es gibt eine große Vielfalt an Gruppentarifen

Neben dem interessengebündelten Einkauf übernehmen die Verbraucherzweigschlüsse auch Rechtsklagen gegen die Versicherungsunternehmen bei Nicht-Einhaltung der Versorgungsvorgaben. Die erstarkten

Verbraucherassoziationen können somit eine Nachfrage nach qualitativen Versorgungsangeboten sicherstellen.

#### 4.4 Leistungsanbieter und Versorgungsprozesse

Es herrscht Vertragsfreiheit, kollektive Vertragsstrukturen sind abgeschafft

Die kollektiven Vertragsstrukturen wurden aufgelöst und Vertragsfreiheit eingeführt. Die Versicherungsunternehmen (auch die ehemals privaten) dürfen nun Verträge mit Leistungserbringern und Herstellern von Arzneimitteln, Heil- und Hilfsmitteln eingehen. Bereits im Vorfeld der "Liberalisierungsreform" hatten sich aufgrund des Vertragswettbewerbs auf Seiten der Leistungsanbieter neben den Strukturen der Selbstverwaltung vielfältige Betriebs- und Managementformen entwickelt. Es entstanden Betriebsformen, die von Krankenhäusern bzw. deren Trägern (insbesondere MVZ an Krankenhäusern), von ärztlichen Berufsverbänden oder von Zusammenschlüssen von Vertragsärzten (Managementgesellschaften) ausgingen.

Bei Aufhebung der kollektiven Strukturen wurden die Leistungsanbieter zu kompetenten Partnern für Einzelverträge in größerem Umfang. Die ehemaligen Institutionen der Selbstverwaltung (z.B. KVen und DKG) haben sich häufig zu Dienstleistern bzw. Beratungsfirmen gewandelt oder agieren als Managementgesellschaften.

Einen Sicherstellungsauftrag wie im alten GKV-System gibt es nicht mehr. Nur die Notfallversorgung wird durch Regelungen der Bundesländer sichergestellt, die ihrerseits von den im Land tätigen Krankenversicherungen die erforderlichen Finanzmittel erheben. Grundsätzlich ist es den Versicherungen erlaubt, mit jedem approbierten Arzt Verträge zu schließen.

Die Akkreditierung der Leistungsanbieter tritt an die Stelle der Bedarfsplanung

Um ein Mindestmaß an Qualität und Transparenz sicherzustellen, hat der Gesetzgeber eine Akkreditierung eingeführt, ohne die die Versicherer weder Verträge mit den Leistungserbringern schließen noch Kosten übernehmen dürfen. Die Akkreditierung soll nicht die aufgehobene Bedarfsplanung ersetzen, sondern bei Struktur- und Ergebnisqualität ein Mindestniveau sichern. Sie muss regelmäßig erneuert werden. Um die Akkreditierung zu erhalten, müssen die Leistungsanbieter auch eine Reihe von Qualitätsindikatoren veröffentlichen, die durch den Gesetzgeber vorgegeben werden.

Da heute das Akkreditierungsverfahren die einzige Zulassungshürde für den Leistungserbringermarkt darstellt, haben auch ausländische Unternehmen die Möglichkeit, in der Bundesrepublik zu agieren. Ebenso können die Versicherungsunternehmen Eigeneinrichtungen betreiben.

Aufgrund des Wegfalls der kollektiven Strukturen hat im Leistungsanbietermarkt, insbesondere im fachärztlichen und stationären Bereich, eine hohe wettbewerbliche Dynamik eingesetzt. Allerdings erlässt der Gesetzgeber weiterhin eine - nun großzügiger bemessene aber als Höchstpreisgrenze zu verstehende - amtliche Gebührenordnung inklusive Preisen für die Krankenhaushotellerie und Infrastruktur.

Hohe wettbewerbliche Dynamik zwischen Leistungsanbietern

Aufgrund der liberalisierten Vertragsmöglichkeiten schließen die Versicherungen jedoch häufig Verträge mit den Leistungsanbietern, mit denen sie dann andere Vergütungsformen vereinbaren. Die Ärzte und Krankenhäuser sichern sich hierdurch ihren Umsatz, da die Unternehmen für ihre Versicherten Anreize schaffen, diese Vertragsleistungserbringer aufzusuchen.

Neben den reinen Kostenerstattungstarifen bieten die Versicherungen somit vielfach Tarife an, bei denen sich die Versicherten an bestimmte Leistungsanbieter binden bzw. bei denen der Zugriff auf nicht vertraglich eingebundene Leistungsanbieter zu höheren Kosten führt. In diesen Verträgen werden überwiegend Managed-Care-Instrumente realisiert, die zu weiteren Kosteneinsparungen führen.

Aufgrund der wettbewerblich geprägten Entwicklungen hat die Krankenhausdichte abgenommen. Die privaten Klinikbetreiber sind nun Marktführer. Die Kliniken haben in der Regel ein angegliedertes MVZ, durch das sie die fachärztliche Versorgung anbieten können. Die niedergelassenen Fachärzte arbeiten aus diesem Grund überwiegend ambulant an Krankenhäusern oder MVZs. Die Hausärzte werden seltener durch Krankenhäuser angestellt, sondern sind über Managementgesellschaften zusammengeschlossen oder bei Hausarztketten angestellt.

In ländlichen Regionen hat die Leistungsanbieterdichte im Vergleich zur Situation am Anfang des Jahrtausends abgenommen (auch bei Berücksichtigung der demographischen Entwicklung). Oft werden z.B. stationär sowie ambulant nicht alle Fachgebiete angeboten. Insbesondere bei Wahl preiswerter Managed-Care Tarife müssen die Versicherten ggf. weite Wege in Kauf nehmen. Andere Versicherungen bieten für strukturschwache

Es gibt weniger Leistungserbringer in ländlichen Regionen

Gegenden mobile Dienste an oder stellen die Versorgung auch mit Hilfe von nichtärztlichem Fachpersonal sicher.

## 4.5 Arzneimittelversorgung

Viele Versicherungen haben Genehmigungsverfahren umgesetzt

Grundsätzlich haben die Versicherungen alle zugelassenen Arzneimittel zu erstatten. Die Erstattungspflicht besteht jedoch nur, wenn die Behandlung notwendig und wirtschaftlich ist. Aus diesem Grund haben die Versicherungen nach Tarifen und Arzneimittelarten (sowie nach Kosten) differenzierte Genehmigungsverfahren entwickelt. Hier haben sich die unterschiedlichsten Methoden etabliert, welche von uneingeschränktem Zugang bis hin zu versicherungsinternen Prüfärzten reichen.

Die Erlaubniskriterien sind auch abhängig von den Verträgen, die eine Versicherung mit den Arzneimittelherstellern geschlossen hat. Erstattungsmodalitäten wie Preise, Volumina, Gewährleistungen, ergänzende Zusatzleistungen können heute frei verhandelt werden. Dies führt zum Beispiel dazu, dass ein Versicherter in einem Managed-Care Tarif primär an Generika oder spezifische Hersteller gebunden ist. Die Versicherung hat mit diesem Hersteller Verträge geschlossen, die z.B. über Mengengarantien reduzierte Preise ermöglichen.

Verträge über Arzneimittel der ehemaligen Festbetragsgruppen fokussieren häufig Preis- und Mengenkomponenten. Insbesondere zwischen den Generikaherstellern hat sich aus diesem Grund ein harter Preiswettbewerb entwickelt.

Im innovativen Marktsegment bieten die Hersteller den Versicherungen hingegen häufig Versorgungs- und Risk-Sharing-Konzepte an. Die Genehmigungsverfahren der Versicherungen richten sich teilweise an den Vorgaben der Hersteller aus. Die Versicherungen sind in diesem Zusammenhang auch an Kosten-Nutzen-Betrachtungen interessiert und führen Analysen hierzu entweder selbst durch oder beauftragen externe Institute. Die Ergebnisse helfen den Versicherungen z.B. zu entscheiden, für welche Subpopulationen die Behandlung einen hohen Nutzen hat und somit für die Versicherung ein Einsparpotenzial birgt.

Marketing und Vertrieb von Arzneimitteln haben sich somit sehr gewandelt. Apotheken aus der Zeit um 2008 sind verschwunden und durch Apothekenketten verdrängt worden. Diese sind häufig Teil von oder vertraglich eng an Versicherungen und Leistungsanbieter gebunden. Das Produktmarketing der Pharmaindustrie hat durch die erweiterten Informationsrechte stark zugenommen.

Marketing,  
Vertrieb und  
Pricing haben  
sich stark ge-  
wandelt

Auf Seiten der Leistungsanbieter stehen der Industrie heute zwar kompetente Partner gegenüber, diese sind jedoch im Managed-Care Segment an die Vorgaben der Versicherungen gebunden. Hier hat denn auch die größte Veränderung stattgefunden, da die Versicherungen echte Verhandlungspartner geworden sind. Zentrale Zulassungs-, Erstattungs- oder Höchstbetragspreise gibt es heute nicht mehr. Preisgestaltungs-Strategien haben sich sehr verändert, da Preisfindungen dezentral und im Rahmen von Verhandlungen mit Versicherungen und Vertrieb stattfinden.