

Johann-Magnus von Stackelberg, Michael Weller

Der GKV-Spitzenverband als neuer Player im Gesundheitswesen

Die letzte Gesundheitsreform hat nicht nur den Gesundheitsfonds hervorgebracht, sie zielt auch auf eine Organisationsreform, mit der die Verbändelandschaft der Krankenkassen neu justiert wird. Im Mittelpunkt steht dabei der neu gebildete GKV-Spitzenverband der Kranken- und Pflegekassen. Der GKV-Spitzenverband wird für die Krankenkassenseite die verbindlichen bundesweiten Rahmenbedingungen für die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) entscheidend mitgestalten. Gleichzeitig hat er sich zum Ziel gesetzt, wettbewerbliche Freiräume für seine Mitglieds-kassen zu schaffen. Im Vertragsbereich gilt es, den Spagat zwischen Kollektivverträgen und wettbewerblichen Individualverträgen zu vollziehen.

Organisationsreformen im Zeichen einer neuen Wettbewerbsordnung

Mit dem Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-WSG) vom 26. März 2007 werden die Organisationsstrukturen im deutschen Gesundheitswesen nachhaltig verändert. Seit dem 1. Juli 2008 hat der GKV-Spitzenverband die ihm durch Gesetz übertragenen Aufgaben zu erfüllen (§ 217f Absatz 1 SGB V). Er hat mit diesem Tag sämtliche gesetzlichen Aufgaben der bisherigen Spitzenverbände der Krankenkassen (Arbeiter-Ersatzkassenverband e.V. – AEV, AOK-Bundesverband, Bundesverband der landwirtschaftlichen Krankenkassen, BKK Bundesverband, IKK-Bundesverband, Knappschaft Bahn See, Verband der Angestellten-Krankenkassen e.V. – VdAK), die diese bisher gemeinsam und einheitlich erledigt haben, übernommen. Bereits seit dem 1. April 2008 greifen organisationsrechtliche Regelungen der Krankenkassen, mit denen erstmalig kassenartenübergreifende Vereinigungen von Krankenkassen ermöglicht werden. Dies stellt die traditionelle Gliederung der GKV nach Kassenarten in Frage. Begründet wird diese Fusionsoption über die Kassenartengrenzen hinweg mit der notwendigen Beschleunigung des Prozesses der Bildung dauerhaft wettbewerbs- und leistungsfähiger Einheiten. Die Begründung für diese

organisationsrechtliche Änderung kann durchaus kritisch hinterfragt werden. Ob die Kassengröße letztendlich entscheidend ist, um den erhöhten Anforderungen eines stärkeren individuellen Vertragswettbewerbs oder der wirtschaftlicheren Organisation der Leistungserbringung gerecht zu werden, ist bislang für die gesetzlichen Krankenkassen noch nicht nachgewiesen worden. Gegebenenfalls ließe sich die notwendige fehlende Größe für ein wettbewerbs- und leistungsfähigeres Handeln durch vertraglich abgesichertes gemeinsames Handeln ebenso erreichen, wie die Gründung zahlreicher Servicegesellschaften durch gesetzliche Krankenkassen in jüngster Zeit zeigt.

Auch Kritiker des GKV-WSG sprechen dem Gesetzgeber nicht ab, einer ordnungspolitischen Leitvorstellung zur künftigen Gestaltung der GKV zu folgen. 15 Jahre nach der Etablierung der wettbewerblichen Grundorientierung der GKV mit dem Gesundheitsstrukturgesetz von 1992, mit dem unter anderem die Wahlfreiheit aller Versicherten und der Risikostrukturausgleich (RSA) für alle Versicherten eingeführt wurden, werden die Rahmenbedingungen für den Wettbewerb zwischen den Krankenkassen mit der Etablierung des GKV-Spitzenverbandes und der Ermöglichung von kassenartenübergreifenden Vereinigungen weiterentwickelt. Vor allem aber werden die Einführung des Gesundheitsfonds mit einem bundeseinheitlich vorgegebenen allgemeinen Beitragssatz und die Einführung eines morbiditätsorientierten RSA die Kassenlandschaft tiefgreifend verändern. Noch ist das Ergebnis der Festlegung des ab dem 1. Januar 2009 geltenden einheitlichen allgemeinen Beitragssatzes offen und damit auch die Ausstattung des Gesundheitsfonds. Die Bundesregierung hat diesen spätestens zum 1. November 2008 festzulegen. Für die Krankenkassen offen sind ebenso noch die morbiditätsorientierte Verteilung der Fondsmittel, der Verteilungsschlüssel für die Verwaltungskostenzuweisung und die Festsetzung der Programmpauschale für Disease-Management-Programme. Eine weitere derzeit unbekannte Stellgröße für die Krankenkassen ist die Umsetzung der vorgesehenen länderbezogenen Konvergenzklausel, die aus der noch aufzubauenden Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds finanziert

werden soll. Ziel des Gesetzgebers ist es, den Wettbewerb zwischen den Krankenkassen durch den Gesundheitsfonds deutlich zu intensivieren. So heißt es in der Begründung zum GKV-WSG (Bundestagsdrucksache 16/3100): „Die Krankenkassen bestimmen nicht mehr über die Höhe der Beiträge ihrer Mitglieder und der Arbeitgeber. Die Krankenkassen können sich vielmehr in Zukunft darauf konzentrieren, ihren Versicherten möglichst zielgenaue, qualitätsgestützte und effiziente Versorgungsformen und -tarife anzubieten.“

Der Gesetzgeber will mit dem GKV-WSG offensichtlich:

- den Vertrags- und Qualitätswettbewerb intensivieren,
- den Preiswettbewerb minimieren,
- die Risikostrukturen zwischen den Krankenkassen ausgleichen,
- das gegliederte Krankenkassensystem überwinden,
- die Zahl der Krankenkassen verringern und
- mit dem GKV-Spitzenverband die Verbändelandschaft straffen.

Dabei wird der GKV-Spitzenverband in diesem Kontext insbesondere die kollektivvertraglichen Rahmenvorgaben für die GKV entscheidend mitgestalten.

Ob alle Ziele des Gesetzgebers erreichbar sind, ist unmöglich vorherzusagen, zu vielfältig und tiefgreifend sind die organisationsrechtlichen Änderungen und vor allem zu ungewiss sind die finanziellen Rahmenbedingungen für die Krankenkassen wegen der Einführung des Gesundheitsfonds einschließlich des morbiditätsorientierten RSA. Kritisch hinterfragt werden kann allerdings bereits heute, ob die wettbewerblichen Handlungsmöglichkeiten der Krankenkassen mit den bislang vorgesehenen Einzelverträgen ausreichend für die Intensivierung des Vertrags- und Qualitätswettbewerbs sind. So fehlen diese im stationären Bereich gänzlich und letztlich sind auch die Fragen zur Budgetbereinigung im ambulant ärztlichen Bereich noch immer nicht geklärt. Problematisch werden sich sicherlich – zumindest für Teile der Krankenkassen – die

finanziellen Möglichkeiten und auch die Anreize (Stichwort: Vermeidung von Zusatzprämien) unter Gesundheitsfondsbedingungen darstellen. Igel (2007: 157 f.) beschreibt die Ziele im Umgang mit einer Zusatzprämie im Sinne einer aktiven Risikoselektion. Im Mittelpunkt dieses Beitrages soll allerdings der den GKV-Spitzenverband betreffende Regelungsbereich des GKV-WSG stehen.

Aufbau des GKV-Spitzenverbandes

Der GKV-Spitzenverband wird als Spitzenverband Bund der Krankenkassen von allen gesetzlichen Krankenkassen gebildet und hat die Rechtsform einer Körperschaft des öffentlichen Rechts (§ 217a Absatz 1 und 2 SGB V). Der GKV-Spitzenverband ist damit kein Verband der Verbände. Die Institutionsbezeichnung Spitzenverband Bund der Krankenkassen hat sich im praktischen Gebrauch als zu lang und sperrig erwiesen, um sie als Namen zu führen. Vor diesem Hintergrund firmiert die Institution „Spitzenverband Bund der Krankenkassen“ unter dem Namen GKV-Spitzenverband. Dabei kann durch den Zusatz „der Krankenkassen“ beziehungsweise „der Pflegekassen“ auch die konkrete Zuständigkeit zum Beispiel für die Pflegeversicherung verdeutlicht werden.

Bereits im Mai 2007 haben jeweils zwei Delegierte je Krankenkasse die 41 Mitglieder des Verwaltungsrates gewählt, sodass kurze Zeit später der dreiköpfige Vorstand vom Verwaltungsrat gewählt werden konnte. Da die Ersatzkassen keine Arbeitgebervertreter in ihrer Selbstverwaltung aufweisen, haben die Versichertenvertreter 27 Sitze und die Arbeitgebervertreter 14 Sitze. Um gleichzeitig aber die Stimmparität zwischen Versicherten- und Arbeitgebervertretern herzustellen, hat der Gesetzgeber die 41 Sitze mit 60 Stimmen versehen. Durch eine mit den 60 Stimmen verbundene Stimmgewichtung wird eine Parität bei der Beschlussfassung zwischen den Versicherten- und Arbeitgebervertretern hergestellt. So gibt es dann insgesamt 30 Stimmen für die Versichertenvertreter und 30 Stimmen insgesamt für die Arbeitgebervertreter. Hier darf man gespannt sein, inwieweit der Gesetzgeber bei der spätestens in der nächsten Legislaturperiode anstehenden Reform der

Selbstverwaltung eine Neujustierung vornimmt. Mutet es doch nach der derzeitigen Konstellation zuweilen grotesk an, wenn der einzelne Sitz im Verwaltungsrat mit sehr unterschiedlicher Stimmgewichtung gewertet wird.

Der Verwaltungsrat hat vier Fachausschüsse (FA) gebildet (FA Grundsatzfragen und Gesundheitspolitik, FA Organisation und Finanzen, FA Verträge und Versorgung sowie FA Prävention, Rehabilitation, Pflege), in denen intensiv zum Beispiel über die gesundheits- und sozialpolitischen Grundsatzfragen, Rahmenbedingungen für Wettbewerb, Weiterentwicklung der Pflegeversicherung oder den Haushaltsplan des GKV-Spitzenverbandes beraten wird.

Ein weiteres wichtiges Gremium beim GKV-Spitzenverband ist der Fachbeirat (§ 37 der Satzung des GKV-Spitzenverbandes). Dieser wird beim Vorstand des GKV-Spitzenverbandes als beratendes Gremium gebildet. Auf Vorschlag des Verwaltungsrates beruft der Vorstand bis zu zwei Mitglieder je Kassenart in den Fachbeirat. Aktuell sind dies sowohl Vertreter der bisherigen Verbände als auch Vertreter von Mitgliedskassen. Ziel ist es, die notwendige Transparenz zwischen dem operativen Geschäft der Krankenkassen und ihrer Verbände mit der Verantwortung für die konkrete Umsetzung einerseits und den gesetzlichen Aufgaben des GKV-Spitzenverbandes andererseits zu fördern. Es soll eine gemeinsame Informations- und Meinungsbildungsplattform für den GKV-Spitzenverband sowie auch für die Mitgliedskassen und deren Organisationen geschaffen werden. Der Fachbeirat kann auf Anforderung gegenüber dem Verwaltungsrat Stellungnahmen abgeben und gegenüber dem GKV-Spitzenverband Empfehlungen aussprechen.

Der GKV-Spitzenverband ist gleichzeitig Rechtsnachfolger der Deutschen Verbindungsstelle Krankenversicherung Ausland – DVKA (§ 219a Absatz 2 SGB V) und bildet ab dem 1. Juli 2008 den Medizinischen Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen auf Bundesebene (§ 282 Absatz 2 SGB V).

Aufgaben

Der GKV-Spitzenverband gestaltet den Rahmen für die gesundheitliche Versorgung in Deutschland. Er vertritt die Krankenkassen und damit auch die Interessen der 70 Millionen Versicherten und der Beitragszahler auf Bundesebene gegenüber Politik und gegenüber Leistungserbringern wie Ärzten, Apothekern oder Krankenhäusern. Der GKV-Spitzenverband übernimmt alle nicht wettbewerblichen Aufgaben auf Bundesebene für die Kranken- und Pflegekassen. Der umfassende Arbeitskatalog zählt derzeit über 160 einzelne Aufgaben. Inhaltlich lassen sich drei große Aufgabenbereiche unterscheiden:

- Versorgung,
- Finanzen und Datenmanagement und
- Interessenvertretung.

Eine der zentralen Aufgaben ist es, das Kollektivvertragsrecht der GKV zu gestalten. Im Kern sind dies die Rahmenverträge und Vergütungsvereinbarungen für die stationäre, ambulante und zahnärztliche Versorgung. Der GKV-Spitzenverband bestimmt Festbeträge für Arznei-, Hilfs- und Heilmittel und setzt Höchstbeträge für Arzneimittel fest. Er macht die Vorgaben für die Vergütungsverhandlungen und Arzneimittelvereinbarungen auf Landesebene und unterstützt die Krankenkassen und deren Landesverbände bei der Erfüllung ihrer Aufgaben, wie der Sicherung des elektronischen Datenaustauschs. Zu der umfangreichen Aufgabenliste gehören zudem die Aufgaben als Spitzenverband der Pflegekassen, die Definition von Grundsätzen zur Prävention und Rehabilitation oder die Entscheidung über grundsätzliche Fach- und Rechtsfragen zum Beitrags- und Meldeverfahren in der Sozialversicherung. Gleichzeitig ist der GKV-Spitzenverband verantwortlich für die Sicherung eines Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitswettbewerbs der Krankenkassen und für Rahmenrichtlinien eines Benchmarkings der Leistungs- und Qualitätsdaten (§ 217f Absatz 2 bis 4 SGB V). Wie zu sehen ist, nimmt der GKV-Spitzenverband eine Bandbreite höchst unterschiedlicher Aufgaben wahr. Die folgende Übersicht in der Tabelle 1 verdeutlicht die Aufgabenbereiche des GKV-Spitzenverbandes.

Tabelle 1: Übersicht über ausgewählte Aufgaben des GKV-Spitzenverbandes

Versorgung	Interessenvertretung	Finanzen und Datenmanagement
<ul style="list-style-type: none"> • Vergütungsvereinbarungen für den stationären Sektor (Fortentwicklung DRG, Kodierrichtlinien) • Vergütungsvereinbarungen für Vertrags(zahn)ärzte (EBM, BEMA, Bedarfsplanung) • Fest- beziehungsweise Höchstbeträge und weitere Rahmenvorgaben für Arznei-, Heil- und Hilfsmittel • Grundsätze der Prävention und Pflege • Bildung des Medizinischen Dienstes des GKV-Spitzenverbandes • Entscheidung über die konkrete Ausgestaltung der Versorgung im G-BA 	<ul style="list-style-type: none"> • Aktive Begleitung von Gesetzgebungsprozessen und Politikberatung • Vertretung der Kassen- seite im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) • Kommunikation mit Medien 	<ul style="list-style-type: none"> • Finanzplanung im GKV-Schätzerkreis • Festlegungen zur Beitragsbemessung, zum Beispiel freiwillig Versicherte • Datenbasis für den RSA • Meldewesen der amtlichen Statistiken (Datendefinition/-sammlung) • Telematik

Das Rollenverständnis des GKV-Spitzenverbandes

Eine der zentralen Aufgaben des GKV-Spitzenverbandes ist die Sicherstellung des Wirtschaftlichkeits- und Qualitätswettbewerbs der gesetzlichen Krankenkassen (§ 217f Absatz 4 SGB V). Dabei liegt die gesetzlich vorgeschriebene Wettbewerbskompetenz des GKV-Spitzenverbandes in der Schaffung von Rahmenbedingungen bei der Versorgung, der Finanzierung und der Qualität im deutschen Gesundheitswesen. Der GKV-Spitzenverband will die Voraussetzungen für mehr Vertragswettbewerb schaffen. Er wird sich nicht der befürchteten bürokratiethoretischen Sicht hingeben und als „Akteur sui generis“ Vertragswettbewerb nur deshalb nicht als seine genuine Aufgabe begreifen, weil sich hierdurch

seine kollektivvertragliche Steuerungskompetenz verringert. Aus bürokratietheoretischer Sicht äußern Cassel und Jacobs (2008: 12) Zweifel an einer „uneigennützig“ Rolle des GKV-Spitzenverbandes, Selektivverträge zu fördern.

Krankenkassen müssen sich im Kernbereich ihrer Wertschöpfung gegenüber Wettbewerbern profilieren können. Der GKV-Spitzenverband will daher einen Ordnungsrahmen, der aus einem Mix von staatlichen Rahmenvorgaben, globalen Steuerungsanreizen seitens der gemeinsamen Selbstverwaltung und verstärkten individuellen Gestaltungsmöglichkeiten besteht. Die (gemeinsame) Selbstverwaltung muss einerseits Regelungskompetenzen (etwa im stationären Bereich) vom Staat übernehmen, andererseits Kompetenzen an die einzelnen Akteure (einzelne Krankenkassen, einzelne Leistungserbringer und Gruppen von Leistungserbringern) abgeben.

Die Rolle, die der GKV-Spitzenverband im Verhältnis zu seinen Mitgliedskassen einnehmen will, hat er bereits im Rahmen des Gesetzgebungsverfahrens zur „Weiterentwicklung der Organisationsstrukturen in der GKV“ (GKV-OrgWG) unter Beweis gestellt. Im Referentenentwurf des GKV-OrgWG vom 23. April 2008 war zunächst vorgesehen, dass der GKV-Spitzenverband unter anderem kassenartenübergreifende finanzielle Hilfen zum Erhalt der Wettbewerbsfähigkeit einer Krankenkasse vorsehen sollte. Dies ist mit der Intervention des GKV-Spitzenverbandes erfolgreich verhindert worden (siehe dazu das Schreiben der Vorstandsvorsitzenden des GKV-Spitzenverbandes Doris Pfeiffer an Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt vom 2. Mai 2008). Eine solche Regelung ist in dem bestehenden und gewollten Wettbewerbskonzept der GKV nicht darstellbar. Ebenso erfolgreich wurde verhindert, dass der Vorstand des GKV-Spitzenverbandes die Befugnis erhält, per Beschluss eine leistungsunfähige Krankenkasse zwangsweise mit einer anderen Krankenkasse zu vereinigen. Der GKV-Spitzenverband hat hier deutlich gemacht, dass er sich im Rahmen der bestehenden Wettbewerbsordnung mit Engagement für mehr Wettbewerb einsetzen und keinesfalls

aufsichtsrechtliche Aufgaben übernehmen will, mit denen er letztlich zu einer Regulierungsbehörde mutieren würde.

Kollektivvertragsrecht versus Einzelverträge?

Das Wettbewerbskonzept des GKV-WSG setzt auf mehr Wettbewerb auf der kassenindividuellen Ebene. Hierzu werden neben zusätzlichen Möglichkeiten für Einzelverträge auch neue Tarifformen zugelassen. Die neuen Wahltarife gemäß § 53 SGB V sollen die Handlungsalternativen der gesetzlichen Krankenkassen erhöhen, um im Wettbewerb durch attraktive Tarife und Versorgungsformen die Versicherten an sich zu binden. Der Gesetzgeber gibt somit einen neuen Wettbewerbsrahmen für die gesetzlichen Krankenkassen vor, der einerseits die Aktionsmöglichkeiten für die einzelnen Krankenkassen erhöht, andererseits aber den schon bislang weitgehend einheitlich und gemeinsam verhandelten Kollektivvertrag konsequent um die Differenzierungsmöglichkeiten der Kassenarten bereinigt. Auch hierzu wurde auf Bundesebene die Reform der Organisationsstrukturen durchgeführt und insbesondere der kollektivvertragliche Teil der vertragsärztlichen Versorgung neu geordnet.

Kernstück der Organisationsreform ist neben der Bildung des GKV-Spitzenverbandes als einheitliche Vertretung aller gesetzlichen Krankenkassen auf Bundesebene die Reform des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA). Ziele hierbei sind die Straffung der Entscheidungswege und die Vermeidung von Handlungsblockaden. Diese Blockaden traten in der Vergangenheit zunehmend im G-BA auf, dessen Handlungsweise weitgehend sektoral geprägt war. In vielen Gremiensitzungen traten die Interessengegensätze von Vertretern der niedergelassenen Ärzte gegenüber den Krankenhausrepräsentanten offen zutage. Die konsequente Neuorientierung auf sektorübergreifende Entscheidungsstrukturen soll zukünftig eine rationale Entscheidungsfindung ermöglichen.

Die neue Wettbewerbsorientierung wird im GKV-WSG allerdings nicht durchgängig umgesetzt. Während bei den Hilfsmitteln eine konsequente Selektivvertragslösung vorgesehen ist, bleibt die stationäre Versorgung

ein „wettbewerblicher Ausnahmebereich“ (Cassel und Jacobs 2008: 12). Im Arzneimittelsektor findet sich ein Nebeneinander von einzelvertraglichen Rabattvertragsoptionen und kollektivvertraglichen Elementen wie etwa Fest- und Höchstbeträge. Hier wird es Aufgabe des GKV-Spitzenverbandes sein, einerseits die vorgesehenen gemeinsamen Steuerungselemente umzusetzen und andererseits den wettbewerblichen Lösungsansätzen den notwendigen Raum für eine sinnvolle Umsetzung zu geben. In absehbarer Zeit stellt sich hier nicht die Frage nach dem „Entweder-Oder“; es sind stattdessen Lösungskonzepte gefragt, welche die Synergieeffekte der beiden Vertragsbereiche erschließen. Im ambulanten ärztlichen Sektor sind hierfür Lösungsansätze erforderlich, die für Verträge der Krankenkassen mit einzelnen Ärzten oder Arztgruppen die Bereinigung der Gesamtverträge mit der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) ermöglichen, da es sonst zu nicht gewünschten Doppelfinanzierungen kommen würde. Sofern die gesamte Versorgung der Versicherten durch die beteiligten Ärzte in den Einzelverträgen mit den Krankenkassen vorgesehen ist, erscheint eine Lösung möglich. Wie immer liegt der Teufel hier im Detail: So muss zum Beispiel die Frage gelöst werden, unter welchen Bedingungen eine Rückkehr in den Kollektivvertrag erfolgen soll. Schwieriger wird die Lösung des Problems, ob und zu welchen Bedingungen eine Bereinigung möglich ist, wenn die Einzelverträge nur die Behandlung einzelner Krankheiten umfassen.

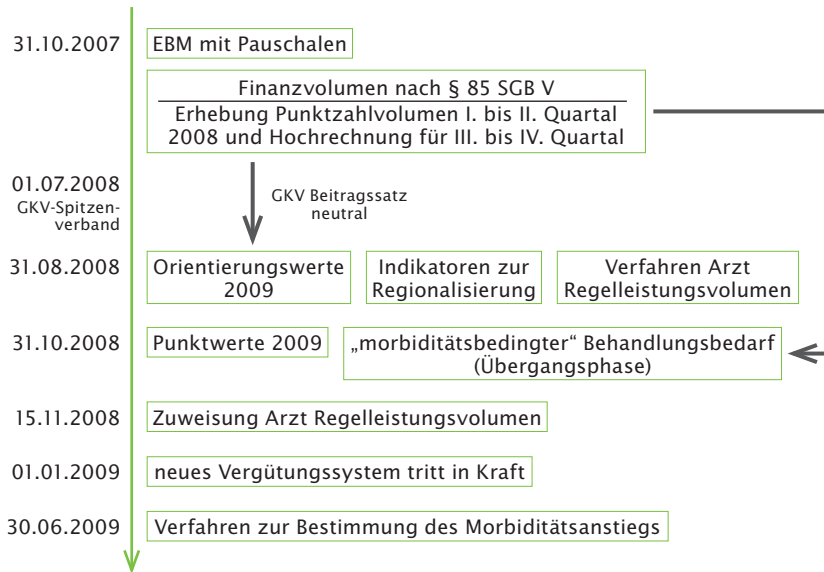
Aus wettbewerblicher Sicht unverständlich bleiben zwei Entscheidungen des Gesetzgebers bei der Gestaltung der ambulanten Versorgung. Gemeint sind die verbindliche Vorgabe für die Krankenkassen, Hausarztverträge abzuschließen und die Öffnung der Krankenhäuser für ambulante Behandlung durch die Neufassung des § 116b SGB V. So sehr die Schaffung neuer Vertragsmöglichkeiten zu begrüßen ist, bleibt es doch ein Irrweg, dem Wettbewerb bestimmte Vertragsformen vorzuschreiben. Die Forderung, dass sich Einzelverträge aus sich heraus rechnen sollen, kann sich bei einer verbindlichen Vorgabe einer bestimmten Vertragsform nur noch schwerlich erfüllen. Auch die Entscheidung, die Möglichkeit zu einer Öffnung der Krankenhäuser für ambulante Behandlungen

von der Willensbildung des staatlichen Landesplaners abhängig zu machen, führt in die Irre. Hier sind vertragliche Lösungen von Krankenkassen mit ambulanten und stationären Leistungserbringern gefragt; auch sollte, wo immer möglich, die Bereinigung der entsprechenden Kollektivverträge selbstverständlich sein.

Die neue Vergütung der Ärzte

Wesentliche Ziele der Honorarreform sind die Entwicklung einer Gebührenordnung mit festen Preisen und Mengensteuerung sowie die Übertragung des Morbiditätsrisikos auf die Krankenkassen (siehe dazu im Folgenden Partsch 2007). Weiterhin sollen die Verteilungsgerechtigkeit zwischen den Ärzten verbessert und ein Abbau von Über- und Unterversorgung durch die Schaffung von finanziellen Anreizen erreicht werden. Die wettbewerbliche Neuordnung der GKV findet ihren unmittelbaren Niederschlag bei der Umsetzung der Honorarreform. Ab dem 1. Juli 2008 werden die Vergütungen der niedergelassenen Ärzte nur noch einheitlich und gemeinsam von den Vertretern der Krankenkassen verhandelt. Diese Aufgabe übernimmt auf Bundesebene der GKV-Spitzenverband, auf der Landesebene verhandeln die Landesverbände gemeinsam mit den Ersatzkassen einheitliche Gesamtverträge mit den KVen. Auch hier werden die Entscheidungswege gestrafft, der Bewertungsausschuss als das entscheidende Gremium auf Bundesebene besteht nur noch aus jeweils sechs (statt früher 14) Mitgliedern, die jeweils zur Hälfte vom GKV-Spitzenverband und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) benannt werden. Die Kompetenz des Bewertungsausschusses ist erheblich vergrößert worden. Während er in der Vergangenheit im Wesentlichen nur den einheitlichen Bewertungsmaßstab und damit das Verhältnis der ärztlichen Leistungen in Punkten festlegte, sind nun die Bestimmung eines bundeseinheitlichen Orientierungswertes und die jährliche Ermittlung des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs als neue Aufgaben hinzugekommen. Der GKV-Spitzenverband hat vom Gesetzgeber keine Schonfrist erhalten, da diese Entscheidungen erstmalig bereits bis zum 31. August 2008 im Bewertungsausschuss zu treffen sind.

Abbildung 1: Zeitplan zur Reform der ärztlichen Vergütung



Quelle: GKV-SV

Das Ziel der Politik, die Krankenkassen bei der Finanzierung der ärztlichen Vergütung gleich zu behandeln, wird durch die Bildung einheitlicher Punktwerte auf Landesebene erreicht. Hierfür gibt der Bewertungsausschuss auf Bundesebene einen Orientierungswert in Euro vor, von dem die Landesebene nur noch in einem festgelegten Rahmen und nur einheitlich und gemeinsam abweichen kann. Angesichts der gegensätzlichen Interessen von Krankenkassen und Ärzten ist zu erwarten, dass sich der vom Bewertungsausschuss vorgegebene Preis auf der Landesebene weitgehend durchsetzen wird. Diese Angleichung der Punktwerte hat nicht nur Auswirkungen auf die Stellung der Krankenkassen im Wettbewerb, die mit einer gleichzeitig durchgeführten Neuverteilung der Einnahmen nach Morbidität im RSA korrespondiert. Die Angleichung der regionalen Punktwerte wird ebenfalls eine Umverteilung

der Honorarvolumina zwischen den KVen bewirken. Die Forderung der Ärzte, dass keine KV an Honorarvolumen einbüßen soll, stellt eine Herausforderung an die knappen Finanzmittel der GKV dar. Die Spekulation der Ärzte, dass eine entsprechende Honorarerhöhung Eingang in den zukünftig vom Bundesministerium festzulegenden einheitlichen Beitragssatz finden kann, beruhigt in diesem Zusammenhang nicht.

Mit der Honorarreform wird die Bindung des Vergütungsanstiegs an die Entwicklung der beitragspflichtigen Einnahmen aufgehoben. Zukünftig soll der Anstieg des Morbiditätsrisikos entscheidend für die Weiterentwicklung der vertragsärztlichen Vergütung sein. Zur Messung soll ein international übliches Klassifikationsverfahren herangezogen werden, das die Versicherten auf Risikoklassen verteilt und jeder Risikoklasse einen bestimmten Behandlungsbedarf zuordnet. Hierbei wird übersehen, dass die vornehmlich in den USA entwickelten Grouper gerade nicht zur Ermittlung des Morbiditätsanstiegs, sondern zur bedarfsgerechten Verteilung einer vorgegebenen Vergütung auf unterschiedliche Arztgruppen entwickelt worden sind. Das geschah nach dem Motto „slice the pie, not size the pie“. Deutschland betritt mit der vorgesehenen Morbiditätsmessung also weitgehend Neuland. Es ist zu befürchten, dass Right-Coding-Effekte vergütungsrelevant werden, obwohl sie nur die korrekte Kodierung wiedergeben und keine Änderung der Morbidität darstellen.

Never-ending Story: Die Krankenhausvergütung

Bei der Neuordnung des wettbewerblichen Rahmens für die gesetzlichen Krankenkassen ist der Bereich der vollstationären Leistungen komplett ausgespart worden. In diesem Sektor können die Krankenkassen nur einheitliche und gemeinsame Verträge mit den Krankenhäusern abschließen. Möglichkeiten für Verträge einzelner Krankenkassen bestehen nur, wenn neben einem Krankenhaus weitere Leistungserbringer in Integrationsverträge mit eingebunden werden. Aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes ist eine Öffnung für wettbewerbliche Ansätze überfällig, entsprechende Konzepte liegen seit langem vor (siehe dazu BARMER Ersatzkasse 2007; BKK Bundesverband 2007; Leber, Malzahn

und Wolff 2008; Monopolkommission 2008; SVR 2007). Es ist nicht einzusehen, warum die Landesplanung freiheitliche Ansätze zur Vertragsfindung durch staatliche Vorgaben unmöglich macht. Der Kontrahierungszwang wird fragwürdig, wenn eine genügend große Anzahl von Krankenhäusern dieselbe Leistung in einer Region erbringen kann. Hier zieht dann das von Wettbewerbs skeptikern gerne vorgebrachte Argument, nur die staatliche Planung garantiere die Versorgungssicherheit, nicht mehr. Das Beispiel der Kniegelenksoperation zeigt, dass in einem 50-Kilometer-Umkreis um Essen über 100 Krankenhäuser diese Leistung anbieten – hier verhindert der Kontrahierungszwang den in sonstigen Wirtschaftsbereichen erprobten Mechanismus des Wettbewerbs zum Auffinden wirtschaftlicher Versorgungsformen. Der Gesetzgeber sollte als Initialzündung für den Wettbewerb eine Anzahl von Leistungen vorgeben, für die Krankenhäuser und einzelne Krankenkassen separate Verträge abschließen dürfen – selbstverständlich nur freiwillig. Im G-BA könnte dieser Katalog von Leistungen dann gemeinsam vom GKV-Spitzenverband und von den Leistungserbringern kontinuierlich angepasst werden.

Zu einem derartigen Wettbewerbsrahmen gehört dann auch die Sicherstellung der diskriminierungsfreien Vergabe der Verträge durch die Krankenkassen, beispielsweise im Wege von Ausschreibungen. Die Funktion der staatlichen Planungsbehörden würde sich in diesem Bereich in Richtung Verbraucherschutz wandeln, die sicherstellen, dass die Krankenkassen auch Verträge in der gebotenen Weise flächendeckend abschließen. Die Diskussion der Rahmenbedingungen für die stationäre Versorgung nach dem Ende der Konvergenzphase der DRG zeigt leider, dass sich einige bedeutende Ländervertreter diesen Ansätzen verschließen. Sie denken eher an neue Belastungen der Krankenkassen, die nach ihren Vorschlägen die Versäumnisse der Länder bei der Investitionsfinanzierung ausgleichen sollen. Es bleibt zu hoffen, dass es gelingt, vernünftige Ansätze für die Öffnung des Krankenhaussektors für Wettbewerb in dem geplanten Gesetzesvorhaben zu berücksichtigen.

Fazit

Mit dem GKV-WSG wird die mit dem Gesundheitsstrukturgesetz von 1992 eingeleitete Organisationsreform auf der Krankenkassenseite mit dem dort neu gesetzten ordnungs- und wettbewerbspolitischen Rahmen durch die Bildung eines GKV-Spitzenverbandes, die Option von kassenartenübergreifenden Fusionen und die Einführung eines morbiditätsorientierten RSA fortgesetzt. Der GKV-Spitzenverband übernimmt dabei die gesetzlichen Aufgaben der bisherigen Spitzenverbände der Krankenkassen und wird die bundesweiten kollektivvertraglichen Rahmenvorgaben entscheidend mitgestalten.

Gleichzeitig sieht der GKV-Spitzenverband eine seiner zentralen Aufgaben darin, die Voraussetzungen für mehr Vertragswettbewerb zu schaffen. Kritisch beurteilt wird, dass die Wettbewerbsorientierung im GKV-WSG nicht durchgängig umgesetzt wird. So bleibt insbesondere die vollstationäre Versorgung ein „wettbewerblicher Ausnahmebereich“. Die erste „große Herausforderung“ muss der GKV-Spitzenverband mit der Reform der ärztlichen Vergütung bestehen. Hier sind unmittelbar, nachdem der GKV-Spitzenverband seine Arbeit aufgenommen hat, Entscheidungen von weitreichender versorgungs-, finanz- und wettbewerbspolitischer Tragweite zu treffen.

Literatur

- BARMER Ersatzkasse (2007): Ordnungspolitischer Rahmen zur Zukunft der Krankenhausversorgung ab 2009 – Positionen der BARMER Ersatzkasse. Wuppertal 2007.
- BKK Bundesverband (2007): Ordnungspolitischer Rahmen ab 2009 im Krankenhausbereich – Das Modell des BKK Systems. In: Die BKK 10/2007.
- Cassel, D., und K. Jacobs (2008): Wo Rauch ist, ist auch Feuer – Zur ordnungspolitischen Brisanz der GKV-Organisationsreform. In: Gesundheit und Gesellschaft – Wissenschaft. Heft 3/2008. S. 7-15.
- GKV-Spitzenverband: www.gkv-spitzenverband.de

- Igel, C. (2007): Zur Finanzierung von Kranken- und Pflegeversicherung: Entwicklung, Probleme und Reformmodelle. Frankfurt am Main: Lang 2008.
- Leber, W.-D., J. Malzahn und J. Wolff (2008): Elektiv wird selektiv – Grundzüge eines wettbewerbsorientierten, nach Leistungen differenzierenden Ordnungsrahmens für Krankenhäuser ab dem Jahr 2009. In: J. Klauber, B.-P. Robra und H. Schellschmidt (Hrsg.): Krankenhausreport 2007. Stuttgart 2008. S. 81-106.
- Monopolkommission (2008): Weniger Staat, mehr Wettbewerb – Gesundheitsmärkte und staatliche Beihilfen in der Wettbewerbsordnung – Siebzehntes Hauptgutachten der Monopolkommission gemäß § 44 Absatz 1 Satz 1 GWB – 2006/2007. Juli 2008.
- Partsch, M. (2007): Punktsieg für die Ärzte? In: Gesundheit und Gesellschaft. Heft 12/2007. S. 29-33.
- Sachverständigenrat Gesundheit, SVR (2007): Kooperation und Verantwortung. Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung. www.svr-gesundheit.de (15.08.2008).