

BARMER GEK

---

# Gesundheitswesen aktuell 2010

Beiträge und Analysen

herausgegeben von Uwe Repschläger,  
Claudia Schulte und Nicole Osterkamp

---



## Impressum

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist Eigentum der BARMER GEK. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung der BARMER GEK unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Im Sinne der besseren Lesbarkeit wurde überwiegend die grammatikalisch männliche Sprachform gewählt. Wenn im Text die männliche Sprachform genannt ist, ist damit sowohl die männliche als auch die weibliche Sprachform gemeint.

### BARMER GEK Gesundheitswesen aktuell 2010

© 2010 BARMER GEK

herausgegeben von

Uwe Repschläger, Claudia Schulte und Nicole Osterkamp

ISBN 978-3-9812534-2-9

Realisation und Design: 37 Grad GmbH, Düsseldorf

Redaktion: 37 Grad GmbH, Düsseldorf

produziert und gedruckt in Deutschland

Alle Rechte vorbehalten

Änderungen und Irrtümer vorbehalten

## Inhaltsverzeichnis

Vorwort .....	8
Editorial.....	10

### I. Systemfragen und Wettbewerb

Preisregulierung von patentgeschützten Arzneimitteln. Welchen Beitrag kann die Kosten-Nutzen-Bewertung leisten? .....	16
Mathias Kifmann	
QALYs in der Kosten-Nutzen-Bewertung. Rechnen in drei Dimensionen.....	32
Klaus Koch, Andreas Gerber	
Die Erstellung der Ambulanten Kodierrichtlinien .....	50
Ingolf Berger	
Vom Zusatzbeitrag zur Gesundheitspauschale. Das niederländische Gesundheitssystem als Vorbild? .....	70
Frank Schulze Ehring	
Frühwarnsysteme in der Gesetzlichen Krankenversicherung. Die Rahmenbedingungen .....	90
Falk König, Patrick Florath, Uwe Repschläger, Frank Romeike	
Zur Rolle und Funktion der alten Spitzenverbände. Perspektive für eine zukunftsfähige Verbändelandschaft in einem wettbewerbsorientierten GKV-System .....	106
Uwe Repschläger	

Die Abbildung von Multimorbidität im morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich .....	126
Claudia Schulte	

## II. Gestaltung der Versorgung

Kollektivverträge und selektive Vollversorgungsverträge in der ambulanten ärztlichen Versorgung. Die Frage nach dem „Entweder-oder“ .....	148
Andreas Köhler	

Bereinigung der vertragsärztlichen Vergütung. Stand der Verfahrensentwicklung und Relevanz für einen fairen Wettbewerb zwischen kollektiv- und selektivvertraglicher Versorgung .....	160
Antje Schwinger, Hans-Dieter Nolting	

Achtzehn Arztkontakte im Jahr. Hintergründe und Details.....	176
Boris von Maydell, Thilo Kosack, Uwe Repschläger, Christoph Sievers, Rebecca Zeljar	

Der deutsche Arzneimittelmarkt. Reform- oder neuordnungsbedürftig? .....	192
Detlef Böhler, Karl-Heinz Neumann	

Das Fibromyalgiesyndrom. Dilemma zwischen Leitlinie und Versorgungsrealität .....	212
Ursula Marschall, Andreas Wolik	

Adipositaschirurgie – notwendige Therapie oder Lifestyle? Spannungsfeld zwischen Medizin und Krankenkasse .....	240
Hans Hauner, Ursula Marschall, Michael Lex, Andreas Wolik, Henrik Schwandrau	

Berechnung von Hospitalisierungswahrscheinlichkeiten. Die Methode der Zufallswälder und der Vergleich mit gängigen statistischen Klassifikationsverfahren .....	266
Thilo Kosack, Andreas Wolik	

## III. Anhang

Abkürzungsverzeichnis .....	290
Autorenverzeichnis .....	292

Uwe Repschläger

## Zur Rolle und Funktion der alten Spitzenverbände

### Perspektive für eine zukunftsfähige Verbändelandschaft in einem wettbewerbsorientierten GKV-System

Während der Wettbewerb in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) durch viele Einzelmaßnahmen seit Jahren gestärkt wird, wurde mit dem GKV-Spitzenverband eine zentrale Vertretung aller Krankenkassen geschaffen. Der Beitrag erläutert, wie die Abgrenzung zwischen einheitlichen und wettbewerbslichen Aufgaben getroffen werden kann, um den Bedürfnissen der Krankenkassen gerecht zu werden, und welche Aufgaben auch weiterhin von den bisherigen Spitzenverbänden wahrgenommen werden sollten.

#### Einleitung

Das System der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) sieht sich ständig steigenden Ausgaben gegenübergestellt. Der medizinische Fortschritt und der demografische Wandel werden hierfür als Hauptursache genannt. Dazu tritt die Einnahmeschwäche bedingt durch die lohnzentrierte Finanzierung verbunden mit der konjunkturellen Abhängigkeit vom Arbeitsmarkt und den strukturellen Veränderungen (verstärkte Teilzeitbeschäftigung, Ausbau des Niedriglohnsektors etc.) und politischen Verschiebepunkten. Diese Entwicklungen führen zu einem anhaltend hohen Finanzdruck in der GKV, der wiederholt gesetzliche Eingriffe erforderlich machte. Allein für das kommende Jahr wird mit einer Ausgabenlücke von bis zu 15 Milliarden Euro gerechnet (Focus Money 2010). Auch künftig werden weitere Reformen notwendig sein, um das im internationalen Vergleich hohe Versorgungsniveau für alle GKV-Versicherten unabhängig von Alter, Einkommen und Gesundheitszustand zu gewährleisten.

Die Anpassung der organisatorischen Strukturen und die Prozesse halten mit den schnell wachsenden Anforderungen oftmals nicht mit. Derzeit ist nicht erkennbar, dass bei den anstehenden Reformen der

eingeschlagene Weg der stärkeren Wettbewerbsorientierung verlassen wird. Vielmehr deutet alles darauf hin, dass auch künftige Struktur-reformen das Ziel haben, die Effizienz des Ressourceneinsatzes durch mehr Wettbewerb zu fördern. In diesem Zusammenhang stellt sich die Frage, welche Konsequenzen eine solche Entwicklung für die bestehenden Verbandsstrukturen aufseiten der Krankenkassen hat. Was wird aus den Bundesverbänden der Krankenkassen, deren Fortbestehen an ihrer Leistungsfähigkeit hängt, welchen Weg geht der GKV-Spitzenverband, dessen Bestehen per Gesetz gesichert ist?

#### Das GKV-WSG – Teil eines langen Reformprozesses

Die angespannte Finanzsituation in der GKV ist nicht neu. Bereits 1993 hat man durch eine ordnungspolitische Neuausrichtung versucht, sie zu entschärfen. Dazu sollte ein Wettbewerb etabliert werden mit dem Ziel, eine effizientere Mittelverwendung insbesondere durch innovative Vertragsgestaltung mit Leistungserbringern zu bewirken. Dazu wurden mit dem Gesundheitsstrukturgesetz zum 1. Januar 1996 die bis dahin nur für bestimmte Versichertengruppen zugänglichen Krankenkassenarten mit der Einführung einer freien Wahl der Krankenkasse für alle Versicherten geöffnet. Der dadurch etablierte Wettbewerb um Versicherte in der GKV wurde mit den darauffolgenden Gesundheitsreformen weiter gefördert. Der vorerst letzte Meilenstein war die neue Finanzierungsstruktur des GKV-WSG. Um den Wettbewerb zu intensivieren, wurde das Instrument der kassenindividuellen Zusatzbeiträge eingeführt.

Krankenkassen, die Zusatzbeiträge erheben, haben erhebliche Mitglieder- und Versichertenverluste zu verzeichnen. So hat beispielsweise die BKK für Heilberufe seit Jahresbeginn ein Drittel ihrer Mitglieder verloren (Süddeutsche Zeitung 2010) und für die DAK weist die Statistik KM1 (Gesetzliche Krankenversicherung: Mitglieder...) zwischen dem 1. Januar 2010 und dem 1. Mai 2010 einen Versichertenverlust von 175.000 Mitgliedern auf (BMG 2010). Die hohe Zahl von Kündigungseingängen bei Krankenkassen, die einen Zusatzbeitrag erheben, zeigt, dass die Wechselanreize durch die Einführung der Zusatzbeiträge

gestiegen sind. Mit dem Abbau von Wettbewerbsverzerrungen sollte dabei gewährleistet werden, dass vor allem diejenigen Krankenkassen einen günstigen Preis haben, die mit den Mitteln, die aus dem Gesundheitsfonds für die Versorgung der Versicherten bereitgestellt werden, am besten wirtschaften, also einen wirtschaftlichen Mitteleinsatz aufweisen (siehe BVA 2008: 2). So rücken die Gestaltung der Versorgung über Verträge und das Versorgungsmanagement in den Mittelpunkt und nicht die Risikoselektion von gesunden und gut verdienenden Mitgliedern.

Diese Intensivierung des Wettbewerbs fand aber nicht nur im Versicherungsmarkt statt. Auch im Markt der Leistungserbringung wurden seit dem Jahr 1993 neue Handlungs- und Entscheidungsspielräume geschaffen, die darauf abzielen, den Wettbewerb zu fördern und damit die Effizienz in der Versorgung zu verbessern. Im Bereich der Arzneimittelversorgung wurde mit dem Beitragssatzsicherungsgesetz 2003 die Möglichkeit geschaffen, dass Krankenkassen direkt mit Herstellern Preisnachlässe für Arzneimittel verhandeln können. Nachdem durch das GKV-WSG Apotheken verpflichtet wurden, rabattierte Arzneimittel vorrangig abzugeben (1. April 2007), haben viele Krankenkassen von dieser Möglichkeit Gebrauch gemacht und damit den Wettbewerb insbesondere im generischen Bereich forciert. Dadurch konnten vorhandene Effizienzreserven verstärkt gehoben werden. Für 2010 wird das GKV-System voraussichtlich Einsparungen von etwa zwei Milliarden Euro erreichen.

Im Bereich der vertragsärztlichen Versorgung wurden – abgesehen von der 1989 eingeführten Möglichkeit von Modellprojekten – erste Reformschritte erst im Jahr 1997 unternommen. Im Rahmen des Zweiten Gesetzes zur Neuordnung von Selbstverwaltung und Eigenverantwortung in der Gesetzlichen Krankenversicherung (Zweites GKV-Neuordnungsgesetz – 2. GKV-NOG) wurde die Möglichkeit geschaffen, dass Gesamtvertragsparteien neue Versorgungsformen im Rahmen von sogenannten Strukturverträgen (§ 73a SGB V) entwickeln können. Hiermit wird das

Ziel verfolgt, mit einer sektorübergreifenden Versorgungssteuerung die Effizienz der Versorgung zu verbessern.

Mit der GKV-Gesundheitsreform 2000 wurden Selektivverträge für die Formen der integrierten Versorgung eingeführt. Die integrierte Versorgung ist eine die verschiedenen Leistungssektoren übergreifende und/oder interdisziplinäre, fachübergreifende Versorgung. Ihre konkrete Ausgestaltung legen die einzelnen teilnehmenden Partner (Ärzte, Zahnärzte oder auch sonstige zur Versorgung der Versicherten berechnete Leistungserbringer) im Rahmen der entsprechenden Verträge fest. Dabei räumt ihnen die Regelung des § 140b SGB V einen weiten Gestaltungsspielraum ein. Ein zusätzlicher Bereich, in dem Selektivverträge abgeschlossen werden können, ist die hausärztliche Versorgung. Im Rahmen des GMG wurden die Krankenkassen sogar verpflichtet, für ihre Versicherten eine besondere hausärztliche Versorgung anzubieten (sogenannte hausarztzentrierte Versorgung).

Die bisher letzte Neuerung in den Reihen der Selektivverträge stellen die Verträge für Fachärzte in besonderen Formen der ambulanten Versorgung dar. Bereits der Regierungsentwurf des GMG 2004 sah eine solche Maßnahme vor. Gemäß § 73c Absatz 1 SGB V sollten Krankenkassen die Möglichkeit haben, Selektivverträge mit Vertragsärzten abzuschließen. Verwirklicht wurde eine solche Möglichkeit aber erst im Rahmen des GKV-WSG 2007. Gemäß des neu gefassten § 73c Absatz 1 SGB V können Krankenkassen ihren Versicherten die ambulante Versorgung durch Abschluss von Selektivverträgen anbieten. Gegenstand dieser Verträge können Versorgungsaufträge sein, die sowohl die gesamte versichertenbezogene ambulante ärztliche Versorgung als auch einzelne Bereiche der ambulanten ärztlichen Versorgung umfassen. Am weitesten gehen die sektorspezifischen, selektiven Gestaltungsmöglichkeiten im Bereich der Hilfsmittelversorgung. Hier sind die Rahmenbedingungen durch das GKV-WSG weitestgehend selektivvertraglich ausgerichtet.

Derzeit ist nicht zu erkennen, dass von diesem Weg abgewichen wird. Vielmehr findet im Gegenteil die Diskussion darüber statt, ob den Krankenkassen künftig nicht auch im bisher ausschließlich kollektivvertraglich gestalteten Krankenhausesektor der Abschluss individueller Verträge für sogenannte planbare Leistungen ermöglicht werden soll.

Die angesichts des demografischen Wandels und des medizinisch technischen Fortschritts dauerhaft angespannte Finanzsituation in der GKV wird es unumgänglich machen, zusätzliche Finanzmittel bereitzustellen. Die Mittel müssen entweder durch die Beiträge, Prämien oder aus dem Staatshaushalt bereitgestellt werden. Dies lässt sich aber nur rechtfertigen, wenn gleichzeitig gewährleistet wird, dass die Mittel so effizient wie möglich eingesetzt werden. Daher wird kein Weg an einer weiteren Stärkung des Wettbewerbs in der GKV vorbeiführen. Dazu müssen die Rahmenbedingungen derart verändert werden, dass die Bedeutung von wettbewerbsfördernden Direktverträgen zunimmt. Neben funktionierenden Bereinigungsregelungen bedarf es dazu auch der Öffnung von bisher rein kollektivvertraglich geprägten Sektoren.

### Veränderungen der Krankenkassenverbände

Die skizzierte Reformhistorie der vergangenen zwei Dekaden zeigt die Bemühungen des Gesetzgebers, das Gesundheitssystem stärker für wettbewerbliche Prozesse zu öffnen. Der Gesetzgeber hat versucht, diese Entwicklung im Versorgungsgeschehen durch entsprechende Veränderungen auch in der Verbändelandschaft der Krankenkassen abzubilden: Bis zum 1. Juli 2008 waren auf Bundesebene die verschiedenen Spitzenverbände der Krankenkassen für die Erfüllung gesetzlich benannter Aufgaben zuständig.

Zum 1. Juli 2008 wurden diese Aufgaben auf eine neu geschaffene Körperschaft, den GKV-Spitzenverband der Krankenkassen, übertragen. Parallel wurden die bisherigen Spitzenverbände in privatrechtliche Gesellschaften überführt. Über die Aufgaben und damit den Fortbestand dieser Verbände der Kranken- und Pflegekassen auf Bundesebene entscheiden seitdem

nur noch deren Mitgliedskassen. Mit der Schaffung des GKV-Spitzenverbandes hat der Gesetzgeber auch seine eigenen Einfluss- beziehungsweise Zugriffsmöglichkeiten zur Steuerung des Systems erhöht.

Vor dem Hintergrund dieser Veränderung in den Verbandsstrukturen auf Bundesebene ist zu klären, welche Rolle der GKV-Spitzenverband in einem marktorientierten GKV-System einnimmt und künftig einnehmen sollte. In einem zweiten Schritt können dann die sich daraus ergebenden möglichen Aufgabenfelder der Verbände der Krankenkassen auf Bundesebene beschrieben werden. Maßgeblich für die Gründung des GKV-Spitzenverbandes und die damit verbundene gesetzliche Umwandlung der bisherigen Spitzenverbände mit Körperschaftsstatus in freiwillige Verbände und die damit verbundene Bündelung der Zuständigkeiten auf eine zentrale Ordnungs- und Verwaltungsinstitution der GKV war laut der Gesetzesbegründung zum GKV-WSG die Unzufriedenheit politischer Entscheidungsträger mit den Arbeitsstrukturen und -ergebnissen in der gemeinsamen Selbstverwaltung, insbesondere bei der Umsetzung gesetzgeberischer Vorgaben (siehe Bundestagsdrucksache 16/3100: 161 vom 24. Oktober 2006).

Als politischer Königsweg wurde es daher angesehen, die Organisationsstrukturen der GKV an die Strukturen der Leistungsanbieter (Kassenärztliche Bundesvereinigung, Deutsche Krankenhausgesellschaft) mit nur einer zentralen Institution im Rahmen der kollektivvertraglichen Exekutivfunktion anzugleichen. Angesichts der Tatsache, dass der Gesetzgeber einen Beleg für Handlungsblockaden und ineffektive organisatorische Abläufe innerhalb der Spitzenverbände der Krankenkassen letztlich schuldig geblieben ist, liegt die Vermutung nahe, dass hinter diesem Zentralisierungsschritt zumindest auch das politische Ziel stand, die direkten Zugriffsmöglichkeiten auf Entscheidungsstrukturen in der GKV zu erhöhen.

Die Zentralisierungstendenz im Zuge der Einführung des GKV-Spitzenverbandes zeigt sich auch daran, welche erhebliche Ausweitung der Auf-

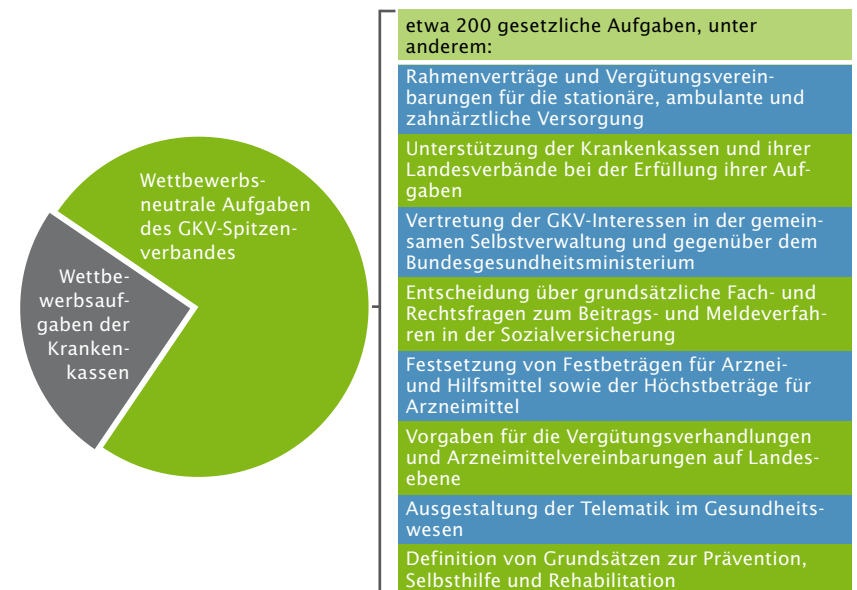
gaben- und Zuständigkeitsbereich des Spitzenverbandes in seiner kurzen Historie bereits erfahren hat. In den Eckpunkten zum GKV-WSG wurde die Funktion des GKV-Spitzenverbandes unter dem Ziel subsumiert: „Die verschiedenen Institutionen des Gesundheitswesens müssen so reformiert werden, dass sie ihre Aufgabe und Funktionen in einem zunehmend wettbewerblich geprägten Ordnungsrahmen erfüllen können“. Nach dieser Lesart sollte der GKV-Spitzenverband eine Institution werden, die den angestrebten Wettbewerb der Krankenkassen stärkt und dabei eine unterstützende ordnungspolitische Rahmensetzungsfunktion einnehmen soll. Seine Zuständigkeit war zu diesem Zeitpunkt noch auf „[...] einige wenige wettbewerbsneutrale Aufgaben für die gesetzliche Krankenversicherung“ beschränkt (CDU/CSU Bundestagsfraktion 2006). Zu diesen Aufgaben gehörten die Vertretung der Krankenkassen in der gemeinsamen Selbstverwaltung sowie die Vertragskompetenz beschränkt auf Kollektivverträge und „zwingend einheitlich zu treffende Entscheidungen“ (CDU/CSU-Bundestagsfraktion 2006).

In der Gesetzesvorlage zum GKV-WSG war der Zuständigkeitskatalog des Spitzenverbandes dann bereits deutlich umfangreicher ausgestaltet, als ursprünglich angekündigt. Für nunmehr 160 Aufgaben (siehe Pfeiffer 2009: 106) wurde im SGB V ein konkreter gesetzlicher Handlungsauftrag für den GKV-Spitzenverband formuliert. Auf diesem Aufgabenkatalog aufbauend wurde im Gründungsprozess die personelle und organisatorische Aufstellung des Verbandes – mit Billigung des Bundesgesundheitsministeriums – initiiert.

Nur knapp ein halbes Jahr nach dem offiziellen Übergang der bisher den Spitzenverbänden der Krankenkassen obliegenden gemeinsamen und einheitlichen Aufgaben an den GKV-Spitzenverband wurde der Zuständigkeitskatalog erneut ausgedehnt. Allein durch das GKV-OrgWG sind 30 neue Aufgaben hinzugekommen (GKV-Spitzenverband 2010a); dazu zählen beispielsweise das Frühwarnsystem zur Vermeidung der Schließung oder der Insolvenz von Krankenkassen. Und auch im Bereich der Pflegeversicherung wurde das Aufgabenspektrum durch das Pflegeweiterent-

wicklungsgesetz noch im Jahr 2008 deutlich erweitert. Zusätzlich insistierte das Bundesgesundheitsministerium im Frühjahr 2009 darauf, dass der GKV-Spitzenverband nunmehr nicht nur für die im SGB V ausdrücklich genannten Aufgaben (Nettoprinzip) zuständig sei, sondern dass § 217g Absatz 2 SGB V dem GKV-Spitzenverband alle einheitlich wahrzunehmenden Aufgaben auf Bundesebene übertrage (Bruttoprinzip). Dies gelte auch dann, wenn er nicht in jeder einzelnen Norm des SGB V erwähnt wird. Dabei sieht die Vorschrift (§ 217g Absatz 2 SGB V) laut der Gesetzesbegründung lediglich eine Unterstützungsfunktion des GKV-Spitzenverbandes beschränkt auf das Gebiet der elektronischen Datenverarbeitung vor (siehe Bundestagsdrucksache 16/3100: 162 vom 24. Oktober 2006).

**Abbildung 1: Aufgaben des GKV-Spitzenverbandes**



Quelle: eigene Darstellung nach Angaben des GKV-Spitzenverbandes

Die Zuständigkeit des GKV-Spitzenverbandes soll sich daher auch auf „Aufgaben aus dem Leistungs- und Leistungserbringerrecht, des Beziehungsrechtes insbesondere hinsichtlich der Beziehungen zu anderen Zweigen der Sozialversicherung wie der Arbeitslosen-, Renten- oder Unfallversicherung sowie Aufgaben aus dem Bereich Rehabilitation, der Prävention und der Selbsthilfe“ erstrecken (Schroeder 2009).

Bereits in der jungen Geschichte des GKV-Spitzenverbandes lässt sich somit ein politisch induzierter Entwicklungsprozess erkennen, der auf deutlich zentralisierte Entscheidungsstrukturen in der GKV hinweist. Mit der vom Gesetzgeber erweiterten Aufgabenbeschreibung ist eine weitreichende Zuständigkeit des GKV-Spitzenverbandes attestiert worden, die es ihm ermöglicht, auch in eindeutig wettbewerblich geprägten Handlungsfeldern der Krankenkassen zu agieren. Damit ist zugleich die Gefahr verbunden, dass der Spitzenverband über seine originäre Koordinierungsfunktion hinauswächst und eine weisungsgebende Richtlinienkompetenz über seine Mitgliedskassen etabliert.

Mit der expansiven Verlagerung von Aufgaben der Mitgliedskassen und Verbände der Krankenkassen an den GKV-Spitzenverband sind zwangsläufig auch personelle Entwicklungen verbunden, die den GKV-Spitzenverband als Institution weit über das hinausgehen lassen, was die Eckpunkte zum GKV-WSG noch als schlanke, auf wettbewerbsunterstützende Funktionen limitierte Konstruktion in Aussicht gestellt haben. So ging die ursprüngliche Personalplanung des Spitzenverbandes auf Grundlage eines McKinsey-Gutachtens von 135 benötigten Mitarbeiterkapazitäten aus, um alle ihm obliegenden Aufgaben verwaltungseffizient zu erledigen (siehe Kirschner 2007: 27).

Für das Haushaltsjahr 2010 sind nunmehr 216 (305 einschließlich der Deutschen Verbindungsstelle Krankenversicherung Ausland – DVKA) Sollplanstellen vorgesehen (siehe GKV-Spitzenverband 2009: 8). In seiner mittelfristigen Personalplanung geht der GKV-Spitzenverband in seinen Gremienvorlagen betreffend die Suche nach einem größeren

Amtssitz im Jahr 2012 von einer Sollstärke von 250 Planstellen aus – ein Zuwachs von 85 Prozent gegenüber der Ursprungsplanung (GKV-Spitzenverband 2010b).

### Neues Rollenverständnis der „alten“ Verbände

Die Etablierung des GKV-Spitzenverbandes hat die Rolle der ehemaligen Spitzenverbände nachhaltig verändert. Sie sind nun nicht mehr von Gesetzes wegen legitimiert, sondern müssen ihre Existenzberechtigung am Markt unter Beweis stellen. Sie sind als politische Interessenvertreter stärker wettbewerblich und weniger ordnungspolitisch orientierte Dienstleister sowie unternehmenspolitische und strategische Plattformen ihrer Mitglieder. Sofern ihre Kunden, die einzelnen Krankenkassen, in den Dienstleistungen ihrer Verbände keinen Mehrwert sehen, besteht die Gefahr, dass sie sukzessive abgebaut oder aufgelöst werden. Neben den klassischen Dienstleistungsfunktionen wie der bundespolitischen Interessenvertretung, IT-Dienstleistungen, Dachmarkenführung oder Datenanalysen tritt nun auch die Interessenvertretung gegenüber dem GKV-Spitzenverband als Aufgabe hinzu. Während die Verbände der Krankenkassen auf Bundesebene bei ihren nicht gesetzlich vorgeschriebenen Dienstleistungen dem unmittelbaren Marktdruck unterliegen, hat der GKV-Spitzenverband eher amtlichen Charakter, da er seine Legitimation aus gesetzlichen Vorschriften und der Zwangsmitgliedschaft der Krankenkassen bezieht.

### Mehr Staat oder mehr Markt – diametrale Interessenlage der Verbände

Aus der beschriebenen Rollenverteilung zwischen GKV-Spitzenverband und den Bundesverbänden der Krankenkassen lässt sich ableiten, dass die Interessenlage hinsichtlich der Weiterentwicklung des Systems gegenläufig ist. Das originäre Interesse der Verbände der Krankenkassen auf Bundesebene in ihrer neuen Rolle muss eine stärkere Marktorientierung mit mehr Handlungsmöglichkeiten für die jeweiligen Krankenkassen sein. Nur in diesem Feld können sie neue Dienstleistungen und Produkte für ihre Mitglieder entwickeln. Je mehr gemeinsam und



einheitlich geregelt wird, umso stärker ist die Rolle des GKV-Spitzenverbandes, der schon aus institutionellem Eigeninteresse heraus ein Interesse an einer zentralistischen und staatsnahen Ausgestaltung der GKV haben muss.

Somit sind die ehemaligen Spitzenverbände und die Marktführer unter den Einzelkassen nun primär die Treiber von wettbewerblichen Strukturen, was sich auch in ihren politischen Forderungen zur Bundestagswahl (siehe Positionspapier AOK-Bundesverband, VdEK etc.) widerspiegelt. So fordern zum Beispiel die BARMER GEK (BARMER 2009) und der Verband der Ersatzkassen (VdEK) eine Ausweitung selektivvertraglicher Möglichkeiten für die Krankenkassen, um Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitsanstrengungen zu fördern (siehe VdEK 2009: 6), der AOK-Bundesverband, dass die bereits 1993 begonnene und insbesondere durch das GKV-Modernisierungsgesetz (GMG) fortgeführte Etablierung eines Wettbewerbs zur Stärkung einer qualitativ hochwertigen, wohnortnahen und wirtschaftlichen Versorgung weiter vorangetrieben werden muss (AOK-BV 2009). Die Positionierungsmöglichkeiten unterscheiden sich diesbezüglich zwischen AOK-Bundesverband und VdEK insofern, als sich die Mitgliedschaften des VdEK in direktem Wettbewerb zueinander befinden, während die Einzel-AOKen keine direkten Wettbewerber um Kunden im Markt sind. Das AOK-System tritt damit deutlich homogener auf.

Diese Interessen können beispielsweise dann kollidieren, wenn der GKV-Spitzenverband im Rahmen der gemeinsamen Selbstverwaltung die Schnittstellen zwischen kollektiv- und selektivvertraglicher Versorgung zu operationalisieren hat. Damit die Krankenkassen die Versorgungsleistungen nicht doppelt zahlen müssen, hat der GKV-Spitzenverband mit den Vertretern der Leistungserbringer sogenannte Bereinigungsregelungen zu vereinbaren. Diese führen zu einer Ausgrenzung der selektivvertraglich vereinbarten Leistungen aus dem Vergütungstopf für die kollektivvertragliche Versorgung. Und damit auch zu einer Verkleinerung der Gesamtmasse, über die der GKV-Spitzenverband verhandelt.

Sofern die Politik den mit dem Gesundheitsstrukturgesetz 1993 eingeschlagenen und seitdem konsequent weiterentwickelten Weg einer stärkeren Marktorientierung im Gesundheitswesen weitergehen möchte beziehungsweise angesichts der künftigen Herausforderungen weitergehen muss, werden die Verbände der Krankenkassen auf Bundesebene diesen Weg schon aus ihrem institutionellen Eigeninteresse heraus unterstützen und gangbar machen. Unter diesen Bedingungen stellt sich die Frage, welche Rolle der GKV-Spitzenverband in einem stärker marktorientierten System einnehmen sollte, wenn gleichzeitig nach und nach mehr Aufgaben durch die Krankenkassen und ihre Verbände übernommen werden.

### Das GKV-Spitzenverbands-Paradoxon

Es erscheint auf den ersten Blick paradox, dass man den Wettbewerb fördern will, indem man allen Beteiligten mehr Handlungs- und Entscheidungsspielräume einräumt, Direktverträge fördert und gleichzeitig eine zentralistische Institution mit weitreichender Kompetenz in Form des GKV-Spitzenverbandes etabliert. Dieses Paradoxon wird jedoch aufgelöst, wenn man den GKV-Spitzenverband als eine Art Brückeninstitution betrachtet. Der ordnungspolitische Weg in eine stärker direktvertraglich geprägte Versorgungslandschaft scheint vorgezeichnet. Dieser Wandel wird sich aber nicht sofort vollziehen. Damit bei diesem Transformationsprozess die medizinische Versorgung im ausreichenden Maße gewährleistet ist, wird man auf absehbare Zeit auf kollektivvertragliche Versorgungsstrukturen weder vollständig verzichten können noch wollen.

Weiterhin werden auch in einem stark direktvertraglich geprägten Versorgungsgeschehen eine Reihe von gemeinsamen und einheitlichen Entscheidungen getroffen werden müssen, um allen Menschen eine hochwertige medizinische Versorgung zu bieten. Daher wird es immer den Bedarf an einer Institution geben, die entsprechende Entscheidungen trifft. Es stellt sich jedoch die Frage, ob perspektivisch diese Institution nicht primär die Rahmenbedingungen für einen funktionsfähigen Markt setzen sollte, bei kontinuierlich geringer werdenden kollektivvertraglichen Vertragsstrukturen.

Letztlich wird es entscheidend darauf ankommen, in welchem Verhältnis sich kollektiv- und direktvertragliche Versorgungsstrukturen entwickeln. Wird die Versorgung weiterhin stark kollektivvertraglich geprägt, ist eine Institution wie der GKV-Spitzenverband unverzichtbar. Wird die Versorgung stärker direktvertraglich ausgerichtet, verringert sich seine Bedeutung entsprechend.

### Zieledefinition und Ergebniscontrolling

Der GKV-Spitzenverband sieht sich seinem Selbstverständnis nach als „die zentrale Interessenvertretung der Gesetzlichen Krankenversicherung“ (GKV-Spitzenverband 2010b), die die Rahmenbedingungen für die gesundheitliche Versorgung gestaltet. Um diesen Vertretungsanspruch hinreichend zu legitimieren und solange der GKV-Spitzenverband aufgrund des immer noch stark kollektivvertraglich geprägten Systems (siehe dazu die Übersicht in der Abbildung 2) weitreichende Entscheidungen für die Krankenkassen trifft, bedarf es eines geeigneten Verfahrens über die Festlegung der Ziele und des Nachhaltens der Ergebnisse des GKV-Spitzenverbandes im Vertragsgeschäft und hinsichtlich seiner öffentlichen Interessenvertretungsfunktion.

Die Konstruktion des GKV-Spitzenverbandes stellt in seiner derzeitigen Form nur teilweise sicher, dass die Interessen der Mitgliedskassen im Meinungsbildungs- und Entscheidungsprozess angemessen berücksichtigt werden. Zwar sind die Selbstverwaltungsvertreter der Einzelkassen über ihre Mitgliedschaft im Verwaltungsrat des GKV-Spitzenverbandes bei Fragen grundsätzlicher Bedeutung in den Entscheidungsprozess eingebunden. Die Kontrollbefugnis des Verwaltungsrates bleibt jedoch auf die „großen Linien“ beschränkt – es fehlt zur Gänze ein verbindliches Entscheidungs- und Kontrollgremium, das die Beteiligung der operativen, hauptamtlichen Vorstandsebene der Krankenkassen zu kollektivvertraglichen und wettbewerbsneutralen Fragen der GKV sicherstellt.

### Abbildung 2: Verhandlungsprogramm des GKV-Spitzenverbandes in der gemeinsamen Selbstverwaltung (2010)

#### Krankenhäuser

- Vertrag Psychiatrische Institutsambulanzen (PIA)
- Vereinbarung Praxiskliniken (Katalog, QS)
- Katalog AOP-Vertrag
- Vereinbarung Berichtigungsrate nach § 6 Absatz 2 BPflV
- Bundesbasisfallwert/Basisfallwertkorridor
- Vereinbarung DRG-System (FPV, besondere Einrichtungen, Abrechnungsregeln)
- Vereinbarung Kodierrichtlinien (DKR)
- Vereinbarung Richtwerte Finanzierung Ausbildungsstätten
- Systemzuschläge (DRG und QS)
- TPG (DSO/Eurotransplant) – Budgetverhandlungen

#### Vertragsärztliche Versorgung

- Verhandlung über den bundeseinheitlichen Preis für die ärztlichen Leistungen (Orientierungswert) in 2011
- Verhandlung über die Anpassung der Menge ärztlicher Leistungen (Behandlungsbedarf) in 2011
- Verhandlung zur Weiterentwicklung des EBM, zur Anpassung der Regelleistungsvolumina etc.

#### Zahnärztliche Versorgung

- Verhandlung über einen einheitlichen Bundesmantelvertrag
- Verhandlung über die Weiterentwicklung der Behandlungsrichtlinien für die zahnärztliche Versorgung
- Verhandlung über Preise beziehungsweise Punktwerte für Zahnersatz und Zahntechnik in 2011

#### Arzneimittel

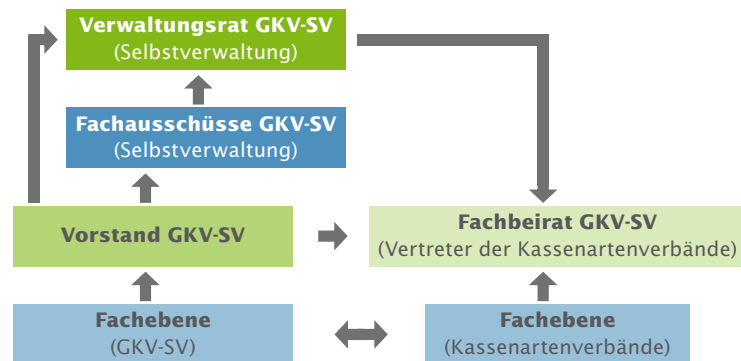
- Rahmenvorgaben für Arzneimittelvereinbarungen nach § 84 Absatz 7 SGB V für das Jahr 2011
- Neufassung der Arzneimittelvereinbarung nach § 300 SGB V

#### Heilmittel

- Rahmenempfehlungen gemäß § 125 Absatz 1 SGB V für Physio-, Ergo- und Sprachtherapie
- Rahmenempfehlungen gemäß § 125 Absatz 1 SGB V für podologische Therapie
- Rahmenvorgaben für Heilmittel-Vereinbarungen gemäß § 84 Absatz 1 in Verbindung mit Absatz 8 SGB V für das Jahr 2011

Quelle: eigene Darstellung nach Angaben des GKV-Spitzenverbandes

**Abbildung 3:** Meinungsbildungsprozess bei wettbewerbsneutralen Aufgaben (Status quo)



Quelle: eigene Darstellung

Der Fachbeirat des GKV-Spitzenverbandes, in dem derzeit Vorstände von Kassenartenverbänden und einigen Einzelkassen vertreten sind, ist zum gegenwärtigen Zeitpunkt nur ein beratendes Gremium ohne bindende Entscheidungs- und Kontrollbefugnis. Dieser Konstruktionsmangel führt zu teilweise unverbindlichen Abstimmungsprozessen, an deren Ende von den Interessen der Mitglieds-kassen autonome Positionierungen des Spitzenverbandes gegenüber Politik und Leistungserbringern stehen.

Ohne verbindlichere „Leitplanken“ ist nicht hinreichend gewährleistet, dass der GKV-Spitzenverband Vereinbarungen trifft, die den Zielen der Einzelkassen entsprechen. So hatten bezüglich der Vergütung in der ambulanten Versorgung die Selbstverwaltung und der Fachbeirat dem Vorstand des GKV-Spitzenverbandes nahegelegt, „eine zusätzliche Belastung der Beitragszahler durch die auf Bundesebene zu fassenden Beschlüsse zur Umsetzung der Honorarreform unter allen Umständen zu vermeiden“ (siehe Fachausschuss Verträge und Versorgung des GKV-Spitzenverbandes 2009: 9). Gleichwohl hat der Vorstand im Ergebnis

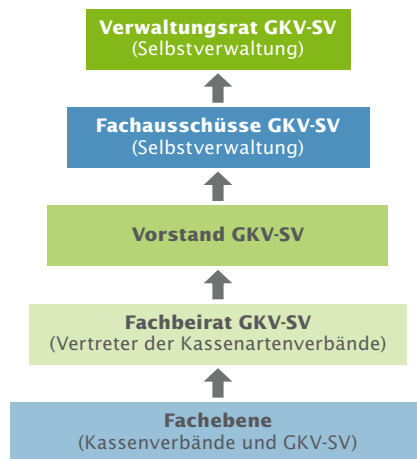
eine Steigerung der Vergütung von 3,8 Prozent, rund 1,2 Milliarden Euro, für das Jahr 2010 mit vereinbart.

Daher müssen wirksame Kontroll- und Verantwortungsmechanismen eingeführt werden, um eine wirtschaftliche Mittelverwendung im Sinne der Beitragszahler sicherzustellen. Dies gilt für alle Aufgabenbereiche, bei denen der GKV-Spitzenverband im Auftrag der Krankenkassen handelt. Die anhand des Beispiels der Honorarreform exemplarisch aufgezeigten Erfahrungen verdeutlichen, dass es notwendig ist, den Einfluss der Krankenkassen auf den GKV-Spitzenverband zu erhöhen. Dies kann geschehen, indem die Prozesse der Ziel- und Entscheidungsfindung sowie des Controllings angepasst werden. Dazu bedarf es verbindlicher Vorgaben aus dem Kreis der Krankenkassen und Verbände, um dem GKV-Spitzenverband im Rahmen des Verhandlungsmandates eine Orientierung bezüglich der angestrebten Ziele zu geben. Diese Zielvorgaben sollten verbindlich vereinbart und fixiert werden. Im Rahmen dieser Vorgaben kann der GKV-Spitzenverband in den ihm übertragenden Verhandlungsgeschäften agieren. Sollte keine Einigung mit den Vertragspartnern aufseiten der Leistungserbringer möglich sein, ist eine Rückkoppelung mit den Einzelkassen erforderlich. Damit ist gewährleistet, dass der GKV-Spitzenverband im Interesse seiner Mitglieder handelt. So wird der Handlungsdruck, dem sich die Krankenkassen am Markt ausgesetzt sehen, auch auf den GKV-Spitzenverband übertragen und der ansonsten fehlende Markt- und damit Effizienzdruck ersetzt.

Auch in den Organisations- und Entscheidungsstrukturen des Spitzenverbandes muss dies seinen Niederschlag finden. Um die Interessen der Mitglieds-kassen auch auf operativer Ebene stringenter abzubilden, ist eine stärkere Einbindung des derzeitigen Fachbeirates in die Entscheidungs- und Umsetzungsprozesse notwendig. Der GKV-Spitzenverband könnte beispielsweise gesetzlich dazu verpflichtet werden, sich bei der Wahrnehmung seiner Aufgaben mit den anderen Spitzenorganisationen der Krankenkassen auf Bundesebene abzustimmen. Der GKV-Spitzenverband stünde damit in der Pflicht, sich auch extern – beispielsweise

gegenüber dem Bundesministerium für Gesundheit – zu rechtfertigen, ob und inwieweit eine Abstimmung erfolgt ist bzw. seine Entscheidungen von seinen Mitgliedern mitgetragen werden. Bei Fragen grundsätzlicher Bedeutung der GKV und hinsichtlich der Aufstellung des Haushaltes ist analog zu den derzeitigen Regelungen der Verwaltungsrat des GKV-Spitzenverbandes als oberstes Gremium der Selbstverwaltung weiterhin zuständig.

**Abbildung 4:** Vorschlag für einen zukünftigen Entscheidungsprozess bei wettbewerbsneutralen Aufgaben



Quelle: eigene Darstellung

### Fazit

Sowohl die Verbände der Krankenkassen auf Bundesebene als auch der GKV-Spitzenverband stehen vor großen Herausforderungen. Die Bundesverbände spüren den Marktdruck und müssen ihre Existenzberechtigung den Einzelkassen gegenüber durch marktfähige Leistungen im Wettbewerb zu anderen Unternehmen nachweisen. Der GKV-Spitzenverband muss sicherstellen, dass er die ihm übertragenen Aufgaben

ebenfalls effizient erfüllt. Dafür ist eine Stärkung der Einflussnahme der Einzelkassen erforderlich, um eine wirksame Steuerung der Geschäfte des GKV-Spitzenverbandes sicherzustellen. Während bei Bundesverbänden der Krankenkassen bereits marktkonforme Anreize bestehen, sollten diese beim GKV-Spitzenverband in der beschriebenen Art und Weise gesetzt werden, da andernfalls seine Interessen als Institution nicht konform zu den wettbewerblichen Interessen der durch ihn vertretenen Mitglieder sind.

### Literatur

- AOK Bundesverband – AOK BV (2009): Reformperspektiven – Gelungenes sichern, Herausforderungen anpacken. AOK-Positionen zur Gesundheitspolitik nach der Bundestagswahl.
- BARMER (2009): BARMER-Positionen zur Bundestagswahl, 18. August 2009. [www.barmer-gek.de/barmer/web/Portale/Versichertenportal/Presse-Center/Pressemitteilungen/090818\\_20gesundheitspol.\\_20Positionen/content\\_20gesundheitspol.\\_20positionen.html?w-cm=CenterColumn\\_tdocid](http://www.barmer-gek.de/barmer/web/Portale/Versichertenportal/Presse-Center/Pressemitteilungen/090818_20gesundheitspol._20Positionen/content_20gesundheitspol._20positionen.html?w-cm=CenterColumn_tdocid) (Download 29. Juni 2010).
- Bundesministerium für Gesundheit – BMG (2010): Statistik KM1 Gesetzliche Krankenversicherung: Mitglieder, mitversicherte Angehörige, Beitragssätze und Krankenstand. Monatswerte Januar-Mai 2010. Stand: 1. Juni 2010.
- Bundesversicherungsamt – BVA (2008): So funktioniert der neue Risikostrukturausgleich im Gesundheitsfonds. [www.bundesversicherungsamt.de](http://www.bundesversicherungsamt.de) (Download 17. Juni 2010).
- CDU/CSU-Bundestagsfraktion (2006): Eckpunkte zu einer Gesundheitsreform. [www.cdu.de/doc/pdfc/060704\\_eckpunkte\\_gesundheit.pdf](http://www.cdu.de/doc/pdfc/060704_eckpunkte_gesundheit.pdf) (Download 16. Juni 2010).
- Fachausschuss Verträge und Versorgung des GKV-SV (2009): Niederschrift der Sitzung des Fachausschusses Verträge und Versorgung des GKV-SV vom 11. August 2009. Seite 9 sowie der Fachbeiratssitzung vom 18. August 2009.
- GKV-Spitzenverband (2009): Planung 2010. Haushaltsplan des GKV-Spitzenverbandes. 04. November 2009.

- GKV-Spitzenverband (2010a): Aufgaben und Ziele. Stand 24. März 2010. [www.gkv-spitzenverband.de/Aufgaben\\_und\\_Ziele.gkvnet](http://www.gkv-spitzenverband.de/Aufgaben_und_Ziele.gkvnet) (Download 17. Juni 2010).
- GKV-Spitzenverband (2010b): Beratungsunterlage zu Top 7 Raumplanung des GKV-Spitzenverbandes. Sitzung des Verwaltungsrates vom 24. März 2010.
- Kirschner, K. (2007): Bericht des Errichtungsbeauftragten des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen. Berlin, den 12. Juli 2007. [www.gkv-spitzenverband.de/upload/EB-Bericht\\_421\\_181.pdf](http://www.gkv-spitzenverband.de/upload/EB-Bericht_421_181.pdf) (Download 16. Juni 2010).
- „Krankenkassen: Sorge um Insolvenz. Massenflucht der Versicherten“. Süddeutsche Zeitung vom 31. März 2010. [www.sueddeutsche.de/geld/krankenkassen-sorge-um-insolvenz-massenflucht-der-versicherten-1.14406](http://www.sueddeutsche.de/geld/krankenkassen-sorge-um-insolvenz-massenflucht-der-versicherten-1.14406) (Download 17. Juni 2010).
- „Krankenkassen taumeln am Abgrund“. Focus Money vom 18. März 2010. [www.focus.de/finanzen/versicherungen/krankenversicherung/gesundheitsreform-krankenkassen-taumeln-am-abgrund\\_aid\\_490717.html](http://www.focus.de/finanzen/versicherungen/krankenversicherung/gesundheitsreform-krankenkassen-taumeln-am-abgrund_aid_490717.html) (Download 29. Juni 2010).
- Pfeiffer, D. (2009): Der neue GKV-Spitzenverband – Rolle und Aufgaben in einem wettbewerblichen Krankenversicherungssystem. In: W. Gellner und M. Schmöller (Hrsg.): Solidarität und Wettbewerb. Gesetzliche Krankenversicherungen auf dem Weg zu profitorientierten Versicherungsunternehmen – Zukunftsoptionen und Probleme. [www.gkv-spitzenverband.de/upload/Der\\_neue\\_GKV-Spitzenverband\\_-\\_Pfeiffer\\_9613.pdf](http://www.gkv-spitzenverband.de/upload/Der_neue_GKV-Spitzenverband_-_Pfeiffer_9613.pdf) (Download 29. Juni 2010). S. 101-110.
- Schröder, K.-T. (2009): Schreiben des Staatssekretärs im Bundesgesundheitsministerium Klaus-Theo Schröder an den Vorstand des GKV-Spitzenverbandes vom 6. Februar 2009 und vom 1. April 2009.
- Verband der Ersatzkassen – vdek (2009): Gesundheitspolitische Positionen der Ersatzkassen.