

Der neue GKV-Spitzenverband – Rolle und Aufgaben in einem wettbewerblichen Krankenversicherungssystem

Doris Pfeiffer

Der GKV-Spitzenverband hat das Privileg, drei Geburtstage für sich reklamieren zu können. Nachdem das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz – kurz GKV-WSG – im Deutschen Bundestag am 2. Februar 2007 in zweiter und dritter Lesung verabschiedet worden war und vierzehn Tage später den Bundesrat ohne weitere Änderungen passiert hatte, traten die Regelungen über die Errichtung und rechtliche Ausgestaltung eines *Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen*¹ zum 1. April 2007 in Kraft. Nach einer nur dreimonatigen Errichtungsphase, am 1. Juli 2007, nahm der gewählte Vorstand bereits seine Arbeit auf. Damit war der Verband formell errichtet. Und nach weiteren zwölf Monaten des Aufbaus, am 1. Juli 2008, übernahm der GKV-Spitzenverband die ihm per Gesetz zugewiesenen Aufgaben innerhalb des Systems der gesetzlichen Krankenversicherung. Zugleich nimmt er seither für den Bereich der sozialen Pflegeversicherung die Aufgaben des *Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen* wahr.²

1. Organisationsreform des GKV-WSG

Die Errichtung des GKV-Spitzenverbandes im Jahr 2007 war integraler Bestandteil der Organisationsreform des GKV-WSG der Großen Koalition. Neben der Organisationsreform umfasste die Gesundheitsreform auch die Reform der Finanzierung der GKV, die Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen sowie eine Reform der privaten Krankenversicherung. Losgelöst von einer politischen Gesamtbewertung der Gesundheitsreform kann man heute bereits feststellen, dass mit dem GKV-WSG sicherlich die tiefgreifendste Reform der Organisationsstrukturen der GKV seit dem Gesundheitsstrukturgesetz vom 21. Dezember 1992 vollzogen wurde. Die ordnungspolitische Leitvorstellung des Gesetzgebers lässt sich – kurz gefasst – auf den Nenner „Mehr Wettbewerbsspielräume für die Krankenkassen – größere Einheitlichkeit und Verbindlichkeit der Rahmenvorgaben auf Ebene der Verbände“ bringen. Hierfür sollte der Konzentrationsprozess auf dem Krankenkassenmarkt u.a.

¹ Vgl. §§ 217a ff. SGBV.

² Vgl. § 53 SGB XI in der Fassung ab 1. Juli 2008.

durch die Zulassung kassenartenübergreifender Fusionen forciert werden. Zugleich sollten die Funktionen der bisherigen Spitzenverbände der Krankenkassen einer gemeinsamen Organisation aller Krankenkassen auf Bundesebene übertragen werden. Ausgesprochenes Ziel war die Straffung der Entscheidungswege und die Vermeidung von Handlungsblockaden durch die perspektivische Überwindung der historisch gewachsenen Gliederung der Krankenkassen in Kassenarten. An der insgesamt als vorteilhaft bewerteten Steuerung der gesetzlichen Krankenversicherung auf der mittleren Ebene durch die Selbstverwaltung sollte hingegen festgehalten werden. Aus alledem resultierte die Grundentscheidung für die Errichtung eines gemeinsamen Spitzenverbandes aller gesetzlichen Krankenkassen, dem heutigen GKV-Spitzenverband.

2. *Rechtliche Struktur und Aufbau*

Der GKV-Spitzenverband wird von allen gesetzlichen Krankenkassen in der Rechtsform einer öffentlich-rechtlichen Körperschaft mit Selbstverwaltung gebildet. Er ist damit kein Dachverband, kein Verband der Verbände, sondern ein Verband der Krankenkassen. Mit dieser ordnungspolitischen Entscheidung des Gesetzgebers wird die bislang traditionelle Gliederung der gesetzlichen Krankenversicherung in Kassenarten partiell überwunden. Abweichend von der im Gesetz gewählten Institutionsbezeichnung *Spitzenverband Bund der Krankenkassen (bzw. der Pflegekassen)*, die sich bereits in der Errichtungs- und Aufbauphase im praktischen Gebrauch als zu lang und sperrig erwiesen hat, firmiert der Verband seit 1. Juli 2008 als GKV-Spitzenverband. Mit dem Zusatz *der Krankenkassen* oder *der Pflegekassen* wird die konkrete Zuständigkeit für den jeweiligen Sozialversicherungszweig herausgestellt. Über eine regionale Organisationsstruktur verfügt der GKV-Spitzenverband nicht.³

Als Organe des GKV-Spitzenverbandes sieht das Gesetz eine Mitgliederversammlung, einen Verwaltungsrat und einen Vorstand vor. Als weitere satzungsmäßige Organe bestehen vier Fachausschüsse des Verwaltungsrates und – als beratendes Gremium des Vorstands – ein Fachbeirat.

³ Die ersten drei Arbeitsentwürfe des GKV-WSG enthielten als Bestandteil der Organisationsreform auch die Verpflichtung zur Errichtung von kassenartenübergreifenden Verbänden auf der Landesebene. Parallel zum *Spitzenverband Bund der Krankenkassen* sollte auf der Landesebene jeweils ein *Spitzenverband Land der Krankenkassen* entstehen. Diese sollten für alle kollektiven Vertragsbeziehungen auf der Landesebene zuständig sein, die heute von den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen einheitlich und gemeinsam gestaltet werden. Der 4. Arbeitsentwurf des GKV-WSG vom 7. Oktober 2006 sah nach erfolgreicher Intervention der Länder einen *Spitzenverband Land* nicht mehr vor.

2.1 Mitgliederversammlung

Die Krankenkassen entsenden je zwei ehrenamtliche Vertreter aus ihren Verwaltungsräten bzw. ihren Vertreterversammlungen in die Mitgliederversammlung des GKV-Spitzenverbandes.⁴ Zentrale Aufgabe der Mitgliederversammlung ist die Wahl des Verwaltungsrates.

2.2 Verwaltungsrat

Der Verwaltungsrat besteht aus 41 Mitgliedern, die dem Verwaltungsrat oder der Vertreterversammlung einer Mitgliedskasse angehören müssen. Gewählt werden sie von den Delegierten der Krankenkassen nach Vorschlagslisten der Kassenarten entsprechend der folgenden Sitzverteilung:

Kassenart	Versichertenvertreter	Arbeitgebervertreter	gesamt
AOK	7	7	14
BKK	4	4	8
IKK	2	2	4
Ersatzkassen	13	-	13
Übrige Kassenarten	1	1	2
insgesamt	27	14	41

Die Sitzverteilung orientiert sich an den Marktanteilen der Kassenarten (Anzahl der Versicherten). Da die Ersatzkassen bis einschließlich 2007 keine Arbeitgebervertreter in ihrer Selbstverwaltung hatten⁵, sind den Versichertenvertretern 27 Sitze, den Arbeitgebervertretern dagegen nur 14 Sitze zugeordnet. Um gleichwohl die politisch gewünschte Stimmenparität zwischen der Versicherten- und der Arbeitgeberbank herzustellen, hat der Gesetzgeber die 41 Sitze mit insgesamt 60 Stimmen versehen. Bei Abstimmungen im Verwaltungsrat werden die Stimmen der Mitglieder in einer Weise gewichtet, dass zwischen Versichertenvertretern und Arbeitgebervertretern mit je 30 Stimmen Parität besteht. Die Stimmengewichte je Verwaltungsratsmitglied fallen deshalb je nach Kassenarten- bzw. Gruppenzugehörigkeit unterschiedlich aus:

⁴ Die konstituierende Mitgliederversammlung des GKV-Spitzenverbandes am 21. Mai 2007 bestand damit - bei 241 Krankenkassen - aus 482 ordentlichen Mitgliedern.

⁵ Infolge kassenartenübergreifender Vereinigungen gilt dies seit 1. Januar 2008 nicht mehr. Inzwischen sind die Verwaltungsräte von drei Ersatzkassen (hkk, TK, KKH-Allianz) paritätisch mit Versicherten- und Arbeitgebervertretern besetzt.

Kassenart	Versichertenvertreter	Arbeitgebervertreter
AOK	5/7	16/7
BKK	3/4	9/4
IKK	1/2	3/2
Ersatzkassen	20/13	-
Gruppe Landwirte / KBS	1	2

Der Verwaltungsrat beschließt die Satzung und sonstiges autonomes Recht, wählt den Vorstand, überwacht ihn und entscheidet über Fragen von grundsätzlicher Bedeutung.

2.3 Fachausschüsse

Zur Wahrnehmung der vielfältigen Aufgaben des Verwaltungsrates hat dieser vier Fachausschüsse eingerichtet, die die Beratungsthemen und Beschlüsse des Plenums vorbereiten. Die vier Ausschüsse sind

- der Fachausschuss Grundsatzfragen und Gesundheitspolitik,
- der Fachausschuss Organisation und Finanzen,
- der Fachausschuss Prävention, Rehabilitation und Pflege sowie
- der Fachausschuss Verträge und Versorgung.

Die Fachausschüsse lehnen sich thematisch eng an die Geschäftsbereiche der drei Vorstandsmitglieder an. Mit diesem Gremienmodell nahm die Selbstverwaltung von Anfang an die Chance wahr, ihre Arbeit effektiv zu gestalten und in allen Entscheidungen von grundsätzlicher Bedeutung eingebunden zu sein.

2.4 Vorstand

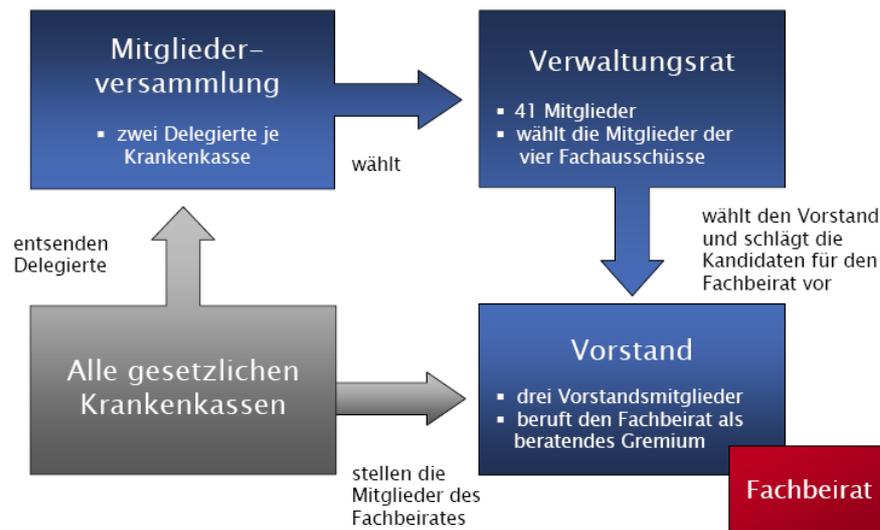
Der dreiköpfige hauptamtliche Vorstand sowie aus seiner Mitte der oder die Vorsitzende und sein/ihr Stellvertreter werden vom Verwaltungsrat gewählt. Der Vorstand verwaltet den GKV-Spitzenverband und vertritt ihn gerichtlich und außergerichtlich.

2.5 Fachbeirat

Ein weiteres wichtiges Gremium beim GKV-Spitzenverband ist der Fachbeirat. 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.⁶ Aktuell sind hier sowohl Vertreter der Nachfolgeorganisationen der früheren Spitzenverbände, als auch Vertreter der Mitgliedskassen vertreten. Neben den zehn externen Mitgliedern gehören die drei Vorstandsmitglieder des GKV-Spitzenverbandes dem Fachbeirat an. Zudem können die alternierenden Vorsitzenden des Verwaltungsrates an den Sitzungen des Fachbeirates teilnehmen.

Abb. 1: Organisationsaufbau des GKV-Spitzenverbandes



⁶ Vgl. § 37 der Satzung des GKV-Spitzenverbandes.

Ziel ist es, die praktischen Erfahrungen aus dem operativen Geschäft der Krankenkassen in die vielfältigen Entscheidungen des Vorstandes bei der Wahrnehmung der gesetzlichen Aufgaben des GKV-Spitzenverbandes einfließen zu lassen. Der Fachbeirat stellt für den operativen Bereich die gemeinsame Informations- und Meinungsbildungsplattform für den Vorstand des GKV-Spitzenverbandes und die Vorstandsebene seiner Mitgliedskassen und ihrer Verbände dar. Die Beschlüsse des Fachbeirates sind dabei für den Vorstand nicht bindend, sondern haben lediglich empfehlenden Charakter. Auf Anforderung kann der Fachbeirat auch gegenüber dem Verwaltungsrat Stellungnahmen abgeben und Empfehlungen aussprechen.

3. *Aufgaben des GKV-Spitzenverbandes*

Der GKV-Spitzenverband ist die gemeinsame Interessenvertretung der gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen auf der Bundesebene. In dieser Funktion gestaltet er den Rahmen für die gesundheitliche Versorgung in Deutschland mit. Als Lobby der Krankenkassen vertritt er mittelbar auch die Interessen der rund 70 Millionen gesetzlich Versicherten sowie der Beitragszahler gegenüber Politik und gegenüber den Institutionen und Verbänden der Leistungserbringer im Gesundheitswesen. Der GKV-Spitzenverband übernimmt alle kollektivvertraglichen und sonstigen gesetzlichen Aufgaben auf der Bundesebene für die Kranken- und Pflegekassen. Das Arbeitsspektrum umfasst einen Katalog von über 160 gesetzlichen Aufgaben. Inhaltlich lassen sich drei große Aufgabenbereiche unterscheiden:

- Versorgungs- und Vergütungsfragen
- Finanz- und Datenmanagement
- Interessenvertretung

Eine der zentralen Aufgaben ist es, die Kollektivverträge mit den Vertragspartnern auf der Bundesebene zu verhandeln. Hier geht es im Kern um den Abschluss von Rahmenverträgen sowie Vergütungsvereinbarungen über die stationäre, die ambulante ärztliche wie zahnärztliche Versorgung und die pflegerische Versorgung der gesetzlich Versicherten. Verhandlungs- und Vertragspartner sind etwa die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG), die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV) oder z.B. die für ambulante und stationäre Rehabilitationseinrichtungen zuständigen Spitzenorganisationen auf Bundesebene oder für den Bereich der zahntechnischen Leistungen der Verband Deutscher Zahntechniker-Innungen (VDZI) u. v. m. Für den Bereich der sozialen Pflegeversicherung sind es vor allem die Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen.

Der GKV-Spitzenverband bestimmt Festbeträge für Arznei- und Hilfsmittel und setzt Höchstbeträge für Arzneimittel fest. Er macht Vorgaben für die Vergütungs-

verhandlungen und Arzneimittelvereinbarungen auf der Landesebene und unterstützt die Krankenkassen und deren Landesverbände bei der Erfüllung ihrer Aufgaben, wie z.B. bei der Sicherung des elektronischen Datenaustauschs. Zu den umfangreichen Aufgaben gehören des Weiteren die Definition von Grundsätzen zur Prävention und Rehabilitation sowie die Entscheidung über grundsätzliche Fach- und Rechtsfragen zum Beitrags- und Meldeverfahren in der Sozialversicherung.

Der GKV-Spitzenverband nimmt zudem durch die Deutsche Verbindungsstelle Krankenversicherung – Ausland (DVKA) die ihm durch über- und zwischenstaatliches Recht sowie durch innerstaatliches Recht übertragenen Aufgaben als Verbindungsstelle wahr (§ 219a SGB V). Die vormals selbstständige DVKA ist seit dem 1. Juli 2008 eine Abteilung des GKV-Spitzenverbandes.

Im Rahmen der Erfüllung seiner gesetzlichen Aufgaben ist der GKV-Spitzenverband auch Träger weiterer Institutionen des Gesundheitswesens. So ist er seit dem 1. Juli 2008 als Nachfolger der Spitzenverbände der Krankenkassen – neben der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG), der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KZBV) – Trägerorganisation des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA), der den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung konkretisiert. Des Weiteren bildet der GKV-Spitzenverband seit 1. Juli 2008 den Medizinischen Dienst auf der Bundesebene (Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen).⁷ In einigen Fällen erfolgt die Mitwirkung des GKV-Spitzenverbandes an der Gestaltung des Gesundheitswesens auch auf Basis direkter Unternehmensbeteiligungen.⁸

4. *Neue Wettbewerbsordnung?*

Rund 15 Jahre nach Einführung der allgemeinen Krankenkassenwahlfreiheit der Versicherten und des Risikostrukturausgleichs zwischen den Krankenkassen mit dem Gesundheitsstrukturgesetz von 1992, setzt das Wettbewerbskonzept des GKV-WSG auf den Ausbau der wettbewerblichen Elemente in der Krankenversicherung. Hierfür wurden zum einen kassenartenübergreifende Vereinigungen von Krankenkassen zugelassen⁹, zum anderen die neuen Wahltarife nach § 53 SGB V geschaffen. Die neuen Tarife sollen die Handlungsoptionen der Krankenkassen erhöhen. Die Krankenkassen sollen die Möglichkeit erhalten, ihre Versicherten durch attraktive Tarife und Versorgungsformen an sich zu binden bzw. neue Versicherte zu gewinnen.

⁷ § 282 Abs. 2 SGB V.

⁸ So ist der GKV-Spitzenverband an der gematik – Gesellschaft für Telematikanwendungen der Gesundheitskarte mbh, dem InBA – Institut des Bewertungsausschusses, der InEK GmbH – Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus und der ITSG – Informationstechnische Servicestelle der gesetzlichen Krankenversicherung GmbH als Gesellschafter beteiligt.

⁹ Nach § 171a SGB V können sich seit 1. April 2007 Orts-, Betriebs-, Innungskrankenkassen und Ersatzkassen über die Kassenartengrenzen hinweg vereinigen. Bis 1. Januar 2009 wurden insgesamt drei kassenartenübergreifende Fusionen vollzogen, weitere sind angekündigt.

nen. Der Gesetzgeber gibt damit einerseits einen erweiterten Wettbewerbsrahmen vor, der die Aktionsmöglichkeiten der einzelnen Krankenkassen erhöht. Andererseits wird der schon bislang weitgehend einheitlich und gemeinsam verhandelte Kollektivvertrag konsequent um die bis dato noch vorhandenen Differenzierungsmöglichkeiten der Kassenarten bereinigt. Hierfür wurde auf Bundesebene 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 der Bundesebene die Reform des Gemeinsamen Bundesausschusses. Ziel ist die Straffung der Entscheidungswege und die Vermeidung von Handlungsblockaden. Diese Blockaden traten in der Vergangenheit zunehmend im Gemeinsamen Bundesausschuss 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 z.B. in der Hilfsmittelversorgung eine konsequente Selektivvertragslösung umgesetzt wird, bleibt die stationäre Versorgung ein „wettbewerblicher Ausnahmehereich“. Im Arzneimittelsektor findet sich ein Nebeneinander von einzelvertraglichen Rabattvertragsoptionen und kollektivvertraglichen Elementen wie Fest- und Höchstbeträgen. 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 des „entweder oder“, sondern es sind 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 den Kassenärztlichen Vereinigungen 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 im Detail. So ist etwa eine Antwort auf die Frage zu finden, unter welchen Bedingungen eine Rückkehr in den Kollektivvertrag erfolgen kann. Schwieriger wird die Lösung des Problems, ob und zu welchen Bedingungen eine Bereinigung möglich ist, wenn Einzelverträge nur die Behandlung bestimmter Erkrankungen abdecken.¹⁰

¹⁰ Die Bereinigung der Regelleistungsvolumina bei Selektivverträgen war jüngst Gegenstand von Verhandlungen im Erweiterten Bewertungsausschuss, der von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, dem GKV-Spitzenverband und einem unparteiischen Vorsitzenden besetzt wird. Der diesbezügliche Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses vom 22. Januar 2009 erging allerdings nicht im Konsens: Nachdem Auszug der Vertreter der KBV aus der Verhandlungsrunde wurde der Antrag des GKV-Spitzenverbandes zur Bereinigung der Regelleistungsvolumina mit der Mehrheit der Mitglieder beschlossen. Der Beschluss vereinheit-

Aus wettbewerblicher Sicht unverständlich bleiben zudem drei Entscheidungen des Gesetzgebers bei der Gestaltung der ambulanten Versorgung. Dies gilt erstens für die Entscheidung des Gesetzgebers, die gesetzliche Regelung über die Anschubfinanzierung der Integrierten Versorgung nicht zu verlängern.¹¹ Damit wird dieser hoffnungsvolle Ansatz des Gesetzgebers, über einzelvertragliche integrierte Versorgungsformen Innovationspotenziale zu erschließen, wieder geschwächt.

Zweitens widerspricht die mit dem GKV-WSG gewählte Konstruktion einer Öffnung der Krankenhäuser für die ambulante Behandlung¹² der intendierten wettbewerblichen Ausrichtung. Die als politischer Kompromiss zwischen Länderinteressen und Vorstellungen des Bundesministeriums für Gesundheit zu wertende Lösung, die Möglichkeit der Öffnung eines Krankenhauses für ambulante Behandlungen von der Willensbildung eines staatlichen Landesplaners abhängig zu machen, muss in die Irre führen. Hier wären vielmehr vertragliche Lösungen von Krankenkassen mit ambulanten und stationären Leistungserbringern gefragt.

Unverständlich ist drittens die erst zum 1. Januar 2009 mit dem Gesetz zur Weiterentwicklung der Organisationsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-OrgWG) eingeführte gesetzliche Verpflichtung der Krankenkassen, bis zum 30. Juni 2009 Hausarztverträge mit Gemeinschaften der Hausärzte zu schließen.¹³ So sehr die Schaffung neuer Vertragsmöglichkeiten zu begrüßen ist, bleibt es doch ein Irrweg, dem Wettbewerb bestimmte Vertragsformen und Vertragspartner vorzuschreiben. Auf diese Weise wird der Wettbewerb eingeschränkt, es werden neue Monopole geschaffen. Die nachvollziehbare Forderung, dass sich Einzelverträge zumindest mittelfristig selbst finanzieren müssen, kann sich bei verbindlicher Vorgabe einer bestimmten Vertragsform und eines bestimmten Vertragspartners nicht erfüllen.

Insgesamt bleibt der Gesetzgeber in seinem Bemühen, die wettbewerbliche Ausrichtung der gesetzlichen Krankenversicherung voranzutreiben, auf halber Strecke stecken. Während der Mitgliederwettbewerb unter den Krankenkassen funktioniert und die Qualität der Dienstleistungen der Krankenkassen und ihre Kundenfreundlichkeit sukzessive erhöht hat, lässt ein Effizienz fördernder Wettbewerb unter den Erbringern der unmittelbaren Gesundheitsdienstleistungen weiter auf sich warten.

licht das Bereinigungsverfahren der Regelleistungsvolumina auf der Landesebene. Bei nachweisbaren Abwanderungen in einen Selektivvertrag ist danach auch die Bereinigung der Vergütungen von Vertragsärzten möglich, die selbst nicht an der selektivvertraglichen Versorgung teilnehmen. Die KBV hat jedoch angekündigt, sie werde das Bundesgesundheitsministerium um Beanstandung dieses Beschlusses bitten und Anfechtungsklage vor dem Landessozialgericht Berlin-Brandenburg erheben. Insofern bleibt die Gestaltung der Bereinigungsregeln in der ambulanten Versorgung weiter auf der Agenda.

¹¹ Vgl. § 140d SGB V. Die früheren Spitzenverbände der Krankenkassen hatten sich im Gesetzgebungsverfahren zum GKV-WSG vehement für die Aufhebung der Befristung und für die Verdoppelung der Anschubfinanzierung von bis zu 1 Prozent der Gesamtvergütungen der Kassenärztlichen Vereinigungen sowie der Krankenhausrechnungen eingesetzt.

¹² Vgl. § 116b SGB V.

¹³ Vgl. § 73b Abs. 4 SGB V in der seit 1. Januar 2009 mit dem GKV-OrgWG geltenden Fassung.

5. *Zur Rolle des GKV-Spitzenverbandes in einem wettbewerblichen Krankenversicherungssystem*

Eine wesentliche Aufgabe des GKV-Spitzenverbandes ist die Sicherstellung des Wirtschaftlichkeits- und Qualitätswettbewerbs der gesetzlichen Krankenkassen.¹⁴ Dabei liegt die gesetzlich vorgeschriebene Wettbewerbskompetenz des GKV-Spitzenverbandes in der Schaffung von Rahmenbedingungen in der Versorgung, der Finanzierung und der Qualität im deutschen Gesundheitswesen. Der GKV-Spitzenverband hat sich zum Ziel gesetzt, die Voraussetzungen für mehr Vertragswettbewerb zu schaffen. Die kritische Prognose, er werde allein deshalb den Vertragswettbewerb nicht als seine genuine Aufgabe begreifen können, weil er hierdurch seine eigene kollektivvertragliche Steuerungskompetenz verringere und an Macht verlöre,¹⁵ wird sich nicht bewahrheiten. Im Gegenteil: Erst seit einem halben Jahr richtig „am Netz“ hat der GKV-Spitzenverband bereits deutlich gemacht, dass er sich im Rahmen der bestehenden Wettbewerbsordnung mit Engagement für mehr Wettbewerb einsetzen will und keinesfalls gewillt ist, Aufgaben zu übernehmen, die den Aufsichtsbehörden der Krankenkassen oder einer Regulierungsbehörde zuzuordnen sind.¹⁶ Hinsichtlich der Bedeutung der Kollektivverträge ist aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes ein Ordnungsrahmen anzustreben, der aus einem Mix von staatlichen Rahmenvorgaben, globalen Steuerungsanreizen durch die gemeinsame Selbstverwaltung und stärkeren 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.

externe Quellen

Cassel, Dieter/Jacobs, Klaus: Wo Rauch ist, da ist auch Feuer: Zur ordnungspolitischen Brisanz der GKV-Organisationsreform, in: *Gesundheit und Gesellschaft/ Wissenschaft*, Heft 3/2008, S. 12.

¹⁴ Vgl. § 217f Abs. 4 SGB V.

¹⁵ In diesem Sinne: Cassel, Dieter/Jacobs, Klaus: Wo Rauch ist, da ist auch Feuer: Zur ordnungspolitischen Brisanz der GKV-Organisationsreform, in: *Gesundheit und Gesellschaft/ Wissenschaft*, Heft 3/2008, S. 12.

¹⁶ So hat sich der GKV-Spitzenverband im Rahmen des Gesetzgebungsverfahrens für ein „Gesetz zur Weiterentwicklung der Organisationsstrukturen in der GKV (GKV-OrgWG)“ erfolgreich dagegen gewehrt, dass ihm u.a. die Kompetenz zugewiesen wurde, zur Marktberichtigung per Vorstandsbeschluss eine insolvenzbedrohte leistungsunfähige Krankenkasse zwangsweise mit einer anderen leistungsfähigen Krankenkasse zu vereinigen.