

„Wir brauchen mehr Wettbewerb unter den Leistungserbringern“

INTERVIEW MIT DR. DORIS PFEIFFER, VORSTANDSVORSITZENDE DES GKV-SPITZENVERBANDES

Gut vier Jahre sind seit Gründung des GKV-Spitzenverbandes vergangen. Mit der Aufnahme seiner Tätigkeit ein Jahr darauf begann eine neue Ära in der Geschichte der GKV. Anlass genug für *Die BKK*, den GKV-Spitzenverband um eine Bilanz und einen Blick in die Zukunft zu bitten. Die Vorsitzende des insgesamt dreiköpfigen Vorstandes, Dr. Doris Pfeiffer, stand der Redaktion Rede und Antwort.

? Zum 1. April 2007 trat das GKV-WSG in Kraft, das die Errichtung des GKV-Spitzenverbandes begründete. Mit Wirkung zum 1. Juli 2008 wurden ihm umfangreiche gesetzliche Aufgaben übertragen, die zuvor von den Spitzenverbänden der Kassenarten einheitlich und gemeinsam wahrzunehmen waren. Wie beurteilen Sie im Rückblick die Startphase des GKV-Spitzenverbandes?

Mit dem Abschluss der Arbeit des Errichtungsbeauftragten und seines Teams war der GKV-Spitzenverband formal errichtet – der faktische Aufbau stand aber erst noch bevor. Um zum 1. Juli 2008 alle gesetzlichen Aufgaben der bisherigen Spitzenverbände der Krankenkassen übernehmen zu können, galt es, eine leistungsfähige Organisation zu schaffen. Uns war dabei bewusst, dass dies nur dann erfolgreich bewältigt werden konnte, wenn alle beteiligten Akteure auch weiterhin eng und vertrauensvoll zusammenarbeiten. Und genau das war der Fall: Alle Beteiligten haben es als gemeinsame Herausforderung verstanden, die Funktionsfähigkeit der GKV im Sinne der Versicherten aufrechtzuerhalten. Ohne die konstruktive Zusammenarbeit und die tatkräftige Unterstützung der Mitarbeiter der jetzigen Bundesverbände der Kassenarten wäre diese Mammutaufgabe sicherlich nicht zu lösen gewesen.

? Inzwischen sind rund drei Jahre vergangen. Was waren in dieser Zeit die wichtigsten Erfolge des GKV-Spitzenverbandes?

Ein aktueller großer Erfolg sind die Neuregelungen im Arzneimittelmarkt durch das AMNOG. Erstmals können wir über Rabatte bei neuen Arzneimitteln verhandeln und sind nicht mehr dem Preisdiktat der Industrie ausgeliefert. Und wenn ein Hersteller nicht in der Lage ist, den Zusatznutzen

nachzuweisen, geht dieses Arzneimittel in die Festbetragsregelung. Insbesondere davon erwarten wir uns deutliche Einsparungen, die den Versicherten zugutekommen.

Im Zusammenhang mit dem AMNOG sind sicherlich auch die neuen Wettbewerbsregeln für Kassen zu erwähnen. Hier konnten wir den Gesetzgeber überzeugen, dass die kollektivrechtlichen Entscheidungen und Vereinbarungen nicht dem Kartellrecht unterliegen. Wäre das nicht gelungen, wäre die GKV in weiten Teilen mehr oder weniger handlungsunfähig geworden.

Im stationären und ambulanten Bereich konnten wir im Zusammenhang mit der Krankenhaus- beziehungsweise Honorarreform angesichts der horrenden Forderungen von KBV und DKG zumindest exorbitante finanzielle Belastungen für die Beitragszahler verhindern. Zuletzt ist es uns im Rahmen des Gesetzgebungsverfahrens zum Versorgungsstrukturgesetz gelungen, die im Referentenentwurf vorgesehene nachträgliche Einzelfallvergütung zu vermeiden. Sie hätte eine zusätzliche finanzielle Belastung von bis zu 3 Mrd. € bedeutet – Kosten, die die Versicherten über Zusatzbeiträge hätten abdecken müssen.

Daneben gibt es natürlich noch viele andere kleinere und größere Erfolge, wie etwa die Einführung des Präqualifizierungsverfahrens bei den Hilfsmitteln oder die Verkürzung des Intervalls der Krankenhaus-Qualitätsberichte von zwei Jahren auf ein Jahr. Nicht zuletzt sind hier auch die Pflegenoten zu nennen, die trotz aller – teilweise berechtigten – Kritik zum ersten Mal in Deutschland für Transparenz auf dem Markt der Pflegeanbieter gesorgt haben.

Frage Die Selbstverwaltung ist ein Strukturelement der gesetzlichen Krankenversicherung und wird auch beim GKV-Spitzenverband gelebt. Wo sehen Sie Stärken und wo Schwächen?

Die Selbstverwaltung ist ein traditionsreiches, aber zugleich auch ein modernes Steuerungsprinzip, dessen große Stärke in der Nähe zu den Versicherten und den Arbeitgebern liegt. In der Selbstverwaltung gestalten Praktiker ihre Versicherung. Dadurch sind die Entscheidungen sehr viel lebensnaher, als wenn der Staat sie treffen würde. Selbstverwaltung ist also Selbstgestaltung, Mitbestimmung und gelebte Demokratie.

Obwohl die Selbstverwaltung über grundlegende Fragen in einer Krankenkasse entscheidet, nehmen viele Versicherte ihre Bedeutung leider nicht oder kaum wahr. Hier kann und muss die Öffentlichkeitsarbeit sicherlich noch besser werden. So sollte z. B. über neue Kommunikationsformen und -wege nachgedacht werden, um verstärkt Frauen und vor allem jüngere Menschen anzusprechen und für die Mitarbeit in der Selbstverwaltung zu aktivieren.

Frage Als kassenartenübergreifender Pflichtverband für aktuell 153 Krankenkassen sind Sie sicher noch mehr als die Verbände der Kassenarten mit unterschiedlichen Erwartungen Ihrer Mitglieder konfrontiert. Gelingt es immer, „zusammen zu denken und gemeinsam zu handeln“, wie das Motto Ihres letzten Geschäftsberichtes andeutet?

Natürlich sind Abstimmungsprozesse nicht immer problemlos. Denn entsprechend ihrer Unternehmensphilosophie vertreten die einzelnen Krankenkassen teilweise konträre Positionen. Dann gilt es, das Gemeinsame in den Vordergrund zu stellen und auch die Systemperspektive einzunehmen. Denn die Summe der Einzelinteressen muss nicht immer identisch mit dem Gesamtinteresse sein.

Über die verschiedenen Gremien, d. h. den Verwaltungsrat und seine Fachausschüsse, den Fachbeirat und zahlreiche Runden auf Fachebene, haben wir Wege für die Kommunikation und Abstimmung mit unseren Mitgliedern gefunden. Dabei wird viel diskutiert, manchmal gestritten, aber meistens werden auch tragfähige Lösungen gefunden.

Frage Sie sind promovierte Volkswirtin und seit 1989 beruflich im deutschen Gesundheitswesen auf GKV-Seite engagiert. Welche Entwicklungen sind aus Ihrer Sicht in den letzten 20 Jahren besonders bemerkenswert gewesen?

Da gibt es eine Vielzahl, insofern kann ich hier nur beispielhaft bleiben. Ein besonders markantes Ereignis war sicherlich die Wiedervereinigung. Innerhalb kurzer Zeit wurde in den neu-

en Bundesländern das Gesundheitswesen inklusive Finanzierung und Organisation neu aufgebaut. Mir scheint, dass der Öffentlichkeit nicht bewusst ist, welche unglaubliche Leistung hier die Kassen und ihre Mitarbeiter erbracht haben – und gerade deshalb kann man das nicht genug betonen.

Bemerkenswert war auch das Jahr 1996. Mit der Einführung der Wahlfreiheit und dem Risikostrukturausgleich begann für die Krankenkassen eine neue Welt des Wettbewerbs, mit vielen Verheißungen, aber durchaus auch mit vielen Problemen.

Für uns alle noch ganz frisch im Gedächtnis ist die Zäsur durch die Einführung des Gesundheitsfonds im Jahr 2009. Die Kassen verloren ihre Beitragsautonomie – stattdessen wurden der Einheitsbeitragssatz und die Zusatzbeiträge eingeführt. Dadurch hat sich die Situation der Kassen im Wettbewerb noch einmal einschneidend verändert. Damit einher ging auch die Organisationsreform der Verbände. Die daraus resultierenden Umbrüche in der Verbändelandschaft haben viele Beschäftigte verunsichert – mich eingeschlossen. Nicht alle Betroffenen werden mit der Entwicklung zufrieden gewesen sein. Ich habe Glück gehabt – die Frage, wie sich in der neuen GKV-Welt der persönliche Lebens- und Berufsweg weiterentwickelt, hat sich für mich positiv beantwortet. Eines bleibt in jedem Fall festzuhalten: Von der Unruhe, die mit der Umstrukturierung einherging, haben die Versicherten nichts gemerkt – das ist den gemeinsamen Anstrengungen aller Beteiligten zu verdanken.

Frage Die Einführung der elektronischen Gesundheitskarte haben Sie schon als Chefin des Ersatzkassenverbandes federführend für die GKV mitgestaltet. Österreich feiert gerade fünf Jahre seines eGK-Einsatzes – weshalb hat sich die Einführung in Deutschland um fünf Jahre verzögert?

Das Problem des Projekts liegt – neben den unterschiedlichen Interessen der Beteiligten – in den hohen Sicherheitsanforderungen bei den medizinischen Anwendungen und der damit verbundenen Komplexität. Die Österreicher sind nur deshalb so weit, weil sie bisher nur administrative Anwendungen umgesetzt haben. Hier könnte ein Ansatzpunkt liegen, auch in Deutschland mit dem Projekt schneller voranzukommen.

Frage Welche Reformprioritäten möchten Sie Bundesgesundheitsminister Daniel Bahr nachdrücklich ans Herz legen?

Reformen sollten weit mehr als bisher für tatsächlichen Wettbewerb um bessere Qualität im Gesundheitswesen sorgen – und das bedeutet vor allem, Wettbewerb unter den Leistungserbringern herzustellen. Seit Jahren erleben wir

mit jeder Reform, dass der Wettbewerb unter den Kassen weiter verschärft wird – der Wettbewerb auf Seiten der Leistungserbringer jedoch bleibt weitgehend unterentwickelt. Nur mühsam und sehr vereinzelt werden durch die Politik vertragliche Gestaltungsmöglichkeiten für die Kassen geschaffen. Im stationären Bereich gibt es sie bis heute gar nicht. Genau diesen Wettbewerb unter Leistungserbringern brauchen wir aber, damit Qualität gefördert und eine Stabilisierung der GKV-Finzen erreicht wird.

Und: Welche Reformabsicht der jetzigen Bundesregierung sollte aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes besser ad acta gelegt statt in Kraft gesetzt werden?

Nach den kräftigen Zuschlägen für Ärzte und Krankenhäuser in den letzten Jahren hatten wir zu Beginn der Planungen zum Versorgungsstrukturgesetz noch die Hoffnung, dass es nun tatsächlich um eine bessere Versorgung gehen soll und nicht nur darum, noch mehr Geld für die Ärzte zur Verfügung zu stellen. Ob diese Hoffnung erfüllt wird, erscheint inzwischen fraglich. Fest steht: Die Umsetzung des Versorgungsstrukturgesetzes wird Geld kosten. Ob es allerdings allein durch finanzielle Anreize gelingt, mehr Ärztinnen und Ärzte aufs Land zu locken, sei einmal dahingestellt. Tatsächlich kontraproduktiv ist jedoch, dass die Überversorgung insbeson-

ZUR PERSON

Dr. rer. pol. Doris Pfeiffer studierte Volkswirtschaftslehre in Köln und in den USA. Nach ihrer Dissertation zum Thema „Verteilungswirkungen der Alterssicherung – Die gesetzliche Rentenversicherung im Vergleich zu einem Mindestrentenmodell mit Zusatzrente“ war sie zunächst als Referentin beim AOK-Bundesverband und der Deutschen Krankenhausgesellschaft tätig, bevor sie für eine lange und entscheidende Zeit zum VdAK/AEV (heute vdek) wechselte. Dort begann ihre Laufbahn in der Abteilung Verbandspolitische Grundsatzfragen, später wurde Doris Pfeiffer Leiterin der Abteilung Verbandspolitik/Marktsicherung/Öffentlichkeitsarbeit. Von 2003 bis 2007 leitete sie die Geschicke des VdAK als Vorsitzende des Vorstandes.

Der Zuständigkeitsbereich der Vorsitzenden innerhalb des dreiköpfigen Vorstandes des GKV-Spitzenverbandes umfasst die Abteilungen Systemfragen, Telematik/IT-Systemfragen und Medizin sowie die Stabsbereiche Politik, Kommunikation, Selbstverwaltung und Justizariat.

dere in Ballungsgebieten nicht konsequent angegangen wird. Die KVen können nach dem Gesetzentwurf Praxen in überversorgten Regionen aufkaufen, werden aber nicht dazu verpflichtet. Praxisinhaber und ihre Erben haben weiterhin Anspruch darauf, dass eine Zulassung auch in diesen Gebieten verkauft werden kann. Solange es aber möglich ist, sich in Ballungszentren niederzulassen, werden Ärzte dies auch vornehmlich tun und nicht in Massen aufs Land strömen.

Und dann ist da im Versorgungsstrukturgesetz noch die vom Finanzminister eingebaute Regelung, wonach mögliche Mehrausgaben durch dieses Gesetz bei der Berechnung der Steuerzuschüsse für den Sozialausgleich nicht zu Lasten des Bundes gehen. Woher aber das fehlende Geld kommen soll, bleibt offen. Kürzungen bei Leistungen oder Honoraren? Entnahme aus der Liquiditätsreserve, so sie dann noch gut gefüllt ist? Oder aber wiederum Finanzierung über Zusatzbeiträge? Es bleibt jedenfalls spannend, ob die Finanzierungslücke tatsächlich wie vom Ministerium behauptet durch Einsparungen aus „strukturellen Effekten“ geschlossen werden kann.

Sehr problematisch sind auch die Vorstellungen zur Weiterentwicklung der Strukturen des Gemeinsamen Bundesausschusses. Nach dem Gesetzentwurf soll die letztendliche Entscheidung über die Personalien der Unparteiischen beim Gesundheitsausschuss des Bundestages liegen. Faktisch bedeutet das eine Entmachtung der Selbstverwaltung, denn zumindest teilweise sind die Unparteiischen dann gegenüber dem Parlament verpflichtet. Dazu kommt, dass alle Kandidaten ausgeschlossen werden sollen, die in den letzten drei Jahren bei den Trägern des G-BA und deren Verbänden, als Leistungserbringer oder im Krankenhaus beschäftigt waren. Aber wer bleibt dann noch, der über die komplexen Beratungsgegenstände im G-BA fachlich qualifiziert entscheiden könnte?

Wenn Sie einen Blick in die Zukunft wagen: Wie wird unsere Kassenlandschaft in zehn Jahren aussehen?

Ich gehe davon aus, dass sich der Konzentrationsprozess weiter fortsetzen wird. Letztendlich kann niemand wissen und beurteilen, wie viele Kassen es in Deutschland geben wird und wie viele es geben sollte. Entscheidend ist aber eigentlich auch nur, was die Versicherten wollen. Und die sollten auswählen und gegebenenfalls wechseln können, wenn ihnen das Angebot einer anderen Kasse besser gefällt. Wichtig ist deshalb, dass es immer mindestens so viele Kassen gibt, dass die Versicherten tatsächlich auch noch eine echte Wahl haben.

Frau Dr. Pfeiffer, wir danken Ihnen herzlich für das Interview!

Die Fragen stellte Dr. Hildegard Demmer, BKK Bundesverband