

## „Wir können die Kräfte der Krankenkassen im Verhältnis zu unseren Vertragspartnern gut bündeln“



Seit fast fünf Jahren ist Johann-Magnus von Stackelberg stellvertretender Vorstandsvorsitzender des GKV-Spitzenverbandes in Berlin und dort zuständig für den Stabsbereich Vertragsanalyse sowie die Abteilungen Ambulante Versorgung, Krankenhäuser und Arznei- und Hilfsmittel. Im

Interview mit *Die BKK* äußert er sich zu aktuellen Fragen aus diesen Versorgungsbereichen, die einen großen Anteil an den Gesamtausgaben der GKV haben.

**?** Herr von Stackelberg, als Vorstandsmitglied des GKV-Spitzenverbandes sind Sie insbesondere zuständig für den Vertragsbereich, für die Kollektivverträge und einheitlichen Regelungen zur Versorgung – auf Bundesebene ein Kerngeschäft des GKV-SV. Wie sehen Sie nach den Praxiserfahrungen der letzten Jahre diese Form der Aufgabenbündelung bei doch zum Teil recht unterschiedlichen Interessenlagen der Krankenkassen?

Wir haben ein sehr gutes Beratungs- und Informationssystem für die Krankenkassen aufgebaut und mit dem in unserer Satzung verankerten Fachbeirat ein funktionierendes Gremium, in dem alle wesentlichen Entscheidungen, die wir z. B. mit den Selbstverwaltungspartnern auf Bundesebene zu treffen haben, diskutiert werden. In diesem Fachbeirat sitzen jeweils zwei Vertreter der Kassenarten.

Darüber hinaus werden die jeweiligen Themen in über 80 verschiedenen Referentenrunden, in denen gleichfalls alle Kassenarten vertreten sind, fachlich vorbesprochen. Wir sind hier nach meiner Einschätzung sehr professionell aufgestellt und können die Kräfte der Krankenkassen im Verhältnis zu unseren Vertragspartnern gut bündeln.

**?** Die Vorschriften für die ärztliche Vergütung werden mit dem zum 1. Januar 2012 in Kraft getretenen Versorgungsstrukturgesetz immer umfangreicher. Trotz deutlicher Positionierung des GKV-SV bleiben erneut finanzielle Risiken für die Krankenkassen bestehen. Wie bewerten Sie diese, beispielsweise mit Blick auf die historisch abgerechnete Bruttoleistungsmenge als Bezugsgröße für die Aufteilung der Gesamtvergütung?

Die ab 2013 geltende Regionalisierung in der vertragsärztlichen Vergütung hat die Finanzrisiken für die Krankenkassen nicht kleiner werden lassen. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung hat bereits für 2013 massive finanzielle Forderungen in Höhe von 3,5 Mrd. € vorgebracht, die sich allerdings auf ein eher dürftiges Datenmaterial stützen. Auf regionaler Ebene ist davon auszugehen, dass die Kassenärztlichen Vereinigungen über die Veränderungsdaten der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung hinaus weitere finanzielle Forderungen stellen werden, die sich insbesondere auch auf die nach dem Gesetz möglichen „weiteren für die Morbidität relevanten Kriterien“ und auf das Thema Verlagerung ambulant – stationär beziehen. Darüber hinaus bieten die weit auslegbaren Zuschlagsregelungen für besonders förderungswürdige Leistungen oder Leistungserbringer den Kassenärztlichen Vereinigungen weitere Forderungsmöglichkeiten. Insgesamt hat der Gesetzgeber den Kassenärztlichen Vereinigungen ein umfangreiches Bündel an zum Teil widersprüchlichen Anpassungsfaktoren an die Hand gegeben, derer sich die Kassenseite nur erwehren kann, wenn sie an einem Strang zieht.

Grundsätzlich wird es keine finanziellen Auswirkungen aufgrund der historischen Bruttoleistungsmenge geben. Der Gesamtvergütungsanteil, der von einer Krankenkasse entrichtet werden muss, richtet sich nach dem Anteil der zuletzt für die Versicherten dieser Krankenkasse abgerechneten Bruttoleistungsmenge. Diese kassenspezifische Bemessung, angepasst an die aktuellen Versichertenzahlen, ist prinzipiell sachgerecht und wurde auch schon in den Jahren

2009 und 2010 praktiziert, bevor die Gesamtvergütung für die Jahre 2011 und 2012 als Versichertenpauschale eingefroren wurde. Allerdings kann sich insbesondere bei kleineren Krankenkassen die Versichertenstruktur innerhalb kurzer Zeit recht deutlich ändern. Das kann in Verbindung mit der zur Berechnung des kassenbezogenen Vergütungsanteils herangezogenen „historischen“ Datengrundlage zu Verzerrungen führen.

**?** Durch das Versorgungsstrukturgesetz wird ein neuer Versorgungsbereich zwischen dem ambulanten und dem stationären Sektor geschaffen, die sogenannte spezialfachärztliche Versorgung gemäß § 116b SGB V. Welche Chancen, welche Risiken sehen Sie in dieser Neuerung?

Ein gemeinsamer Rechtsrahmen für ambulant tätige Krankenhäuser und spezialisierte Fachärzte ist prinzipiell positiv zu bewerten. In der Ausgestaltung des § 116b SGB V hat der Gesetzgeber allerdings viele Forderungen der Krankenkassen nicht aufgegriffen. Besonders problematisch ist der geltende Verbotsvorbehalt bei neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, der die Gefahr der unkontrollierten Einführung ohne Nutznachweis birgt. Unklar ist auch die Bereinigung der Gesamtvergütung, die wegen der Abgrenzungsprobleme und der Gefahr von Mehrkosten sehr schwierig ist.

Chancen wiederum könnten vor allem in einer durch interdisziplinäre und sektorübergreifende Behandlung verbesserten Versorgung liegen, aber auch in der Verlagerung stationärer Leistungen in den spezialfachärztlichen Bereich.

**?** Im Krankenhausbereich stehen wir vor der Einführung eines neuen Vergütungssystems für die psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen. Wird es der Selbstverwaltung aus Ihrer Sicht tatsächlich gelingen, ohne Hilfe des Ordnungsgebers das neue Vergütungssystem fristgerecht zum 1. Januar 2013 einzuführen?

Wir rechnen mit einem pünktlichen Start. Die Selbstverwaltung hat in einer Ergänzungsvereinbarung am 16. März 2012 konkrete Grundlagen für den ersten Entgeltkatalog beschlossen und mit der Umsetzung der notwendigen Anpassungen bei der Datenübermittlung bereits begonnen. Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) wird in der Lage sein, auf Basis der Kostenkalkulationen im Sommer einen Katalogentwurf vorzustellen, wie der Geschäftsführer des Instituts Dr. Heimig in der Experten-

anhörung im Ausschuss für Gesundheit des Bundestages am 23. April 2012 bestätigt hat. Der notwendige gesetzliche Rahmen im Psych-Entgeltgesetz (PsychEntgG) ist gegenwärtig in der parlamentarischen Beratung und soll noch vor der Sommerpause verabschiedet werden.

Der GKV-Spitzenverband sieht sich als Selbstverwaltungspartner in der Pflicht, den hierbei von der Politik gegebenen Ausgestaltungsspielraum zu nutzen und wird sich daher auch weiterhin aktiv am Diskussions- und Vereinbarungsprozess beteiligen.

**?** Das BKK System steht in diesem Versorgungsbereich kassenindividuellen Modellvorhaben weitgehend kritisch gegenüber, da eine Zersplitterung der Versorgungsangebote befürchtet wird. Die Bundesländer sehen das ebenso und haben einen entsprechenden Änderungsantrag in das Gesetzgebungsverfahren eingebracht. Der GKV-Spitzenverband befürwortet in seinen Stellungnahmen hingegen mehr Vertragsfreiheit beziehungsweise Selektivverträge. Sehen Sie in diesem so sensiblen und vergleichsweise kleinen Versorgungsbereich keine Vorteile kassenartenübergreifender Modellvorhaben?

Der GKV-Spitzenverband befürwortet die Durchführung von Modellvorhaben ausdrücklich. Damit auch zahlreiche Versuche stattfinden, sollte ein Modellvorhaben aber nicht von der Zustimmung aller Kassen abhängig sein – auch wenn vielerorts kollektivvertragliche Modellversuche natürlich Sinn machen. Die Bundesregierung hat in ihrer Gegenäußerung den entsprechenden Vorschlag der Bundesländer im Übrigen ebenfalls abgelehnt. Wichtig ist uns, dass die Daten der Modellversuche an das InEK geliefert werden. Nur so können sie Teil des lernenden Systems werden.

**?** Die Bundesregierung plant, das Abrechnungsgeschäft zwischen den Krankenhäusern und den Krankenkassen zu entbürokratisieren. Von einigen Krankenkassen wird hierzu die kassenartenübergreifende, kriterienbasierte Auffälligkeitsprüfung vorgeschlagen – die Bundesregierung will diese sogar mit einer Sanktionierung der Krankenhäuser für Falschabrechnungen verbinden. Wie positioniert sich der GKV-Spitzenverband hierzu?

Der Schaden durch fehlerhafte Abrechnungen beläuft sich auf ca. 1,5 Mrd. € jährlich. Ziel der Bundesregierung sollte es deshalb vor allem sein, die Anzahl fehlerhafter Abrechnungen zu reduzieren. Einen Anreiz zur korrekten Abrechnung zu setzen, ist überfällig. Dies sollte auch nach unserer Mei-

nung möglichst unbürokratisch passieren. Allerdings sollten Sanktionen nicht wie bisher geplant auf zusätzliche kollektivvertragliche Prüfverfahren beschränkt werden. Auch eine Falschabrechnung, die bei einer Einzelfallprüfung aufgefallen ist, muss zu einer Sanktion führen.

**?** Zur Arzneimittelversorgung hat der Gesetzgeber in der letzten Zeit sowohl vorübergehend kostendämpfende als auch weiterreichende Reformen verabschiedet. Wie beurteilen Sie die aktuelle und absehbare Wirkung der Regulierung in diesem Versorgungssektor für Patienten und Beitragszahler? Welche Rolle nimmt das Instrument der Festbeträge in diesem Regulierungsmix aus Ihrer Sicht heute und in Zukunft ein?

Alle Kostendämpfungsmaßnahmen bedeuten letztendlich eine Entlastung der Beitragszahler – sei es das Preismoratorium, der auf 16 % erhöhte Herstellerabschlag, die Festlegung des Apothekenabschlages auf 2,30 € oder die Großhandelsvergütung nach der Arzneimittelpreisverordnung, um die wesentlichen Maßnahmen zu nennen. Der bis Dezember 2013 erhöhte Herstellerabschlag hat in Kombination mit dem Preismoratorium dabei eine Brückenfunktion: Die erklärte Intention des Gesetzgebers ist es, die damit erreichten Entlastungen der GKV langfristig durch Erstattungsbeträge nach § 130b SGB V über Arzneimittel mit neuen Wirkstoffen abzulösen, die zwischen GKV-Spitzenverband und pharmazeutischen Unternehmen zu vereinbaren sind. Die ersten dieser Rabattverhandlungen nach Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz (AMNOG) wurden im Januar 2012 aufgenommen. Belastbare Aussagen über mögliche Einsparpotenziale können gegenwärtig daher noch nicht getroffen werden.

Auch die Rolle der Festbeträge wird durch das AMNOG nochmals gestärkt. Arzneimittel mit neuen Wirkstoffen erhalten nach der Nutzenbewertung gemäß § 35a SGB V einen Erstattungsbetrag oder einen Festbetrag. Dazu wurde das Verfahren der Zuordnung zu Festbetragsgruppen gestrafft. Festbetragsfähige Arzneimittel können jetzt direkter in das Festbetragssystem überführt werden. Bei zwei Wirkstoffen (Pitavastatin und Azilsartan) ist dies bereits passiert. Durch die Neuregelungen können etwa Me-too-Präparate, also Molekülvariationen bekannter Wirkstoffe, nun unmittelbar da eingeordnet werden, wo sie hingehören.

**?** Welche Entwicklungen erwarten oder wünschen Sie mit Blick auf Arzneimittel-Herstellerrabatte und den Apothekenabschlag in den kommenden Jahren?

Zu der Brückenfunktion der Herstellerabschläge und des Preismoratoriums hatte ich mich bereits geäußert. Eine vorzeitige Aufhebung dieser Kostenstabilisierungsmaßnahmen – wie von den Pharmavereinigungen gefordert – lehnt der GKV-Spitzenverband ab, da ansonsten die gesetzlichen Kassen schlagartig mit bis zu 1,4 Mrd. € im Jahr belastet würden und der Erfolg der aufeinander aufbauenden Reformmaßnahmen gefährdet würde.

Beim Apothekenabschlag nach § 130 SGB V fordern wir, dass nach den letzten beiden schwierig verlaufenen Verhandlungen zur Anpassung des Abschlages gesetzgeberisch für klare Rechtsverhältnisse gesorgt wird. Für die Jahre 2011 und 2012 ist der Apothekenabschlag bereits gesetzlich durch das AMNOG festgelegt. Anpassungsverhandlungen sind dann wieder für das Jahr 2013 zu führen. Eine Anpassungsvorgabe durch den Gesetzgeber auf Basis der Schiedssprüche in Höhe von 1,75 €, wie derzeit aus Regierungskreisen für das Jahr 2013 intendiert, ist für uns dabei nicht angemessen. Auch im Sinne der ordnungspolitischen Zielsetzung sollte der Apothekenabschlag wieder auf den vormaligen Stand von 2,30 € festgesetzt werden – und zwar dauerhaft.

Der GKV-Spitzenverband spricht sich zudem dafür aus, den Zustand paralleler Regelungen zur Anpassung der Apothekenvergütung – einerseits in der Ermächtigungsgrundlage nach § 78 Arzneimittelgesetz für die Arzneimittelpreisverordnung und andererseits in dem Verhandlungsauftrag an Rahmenvertragspartner GKV-Spitzenverband und Deutscher Apothekerverband aus § 130 Abs. 1 Satz 2 SGB V – mit Wirkung für das Jahr 2013 aufzulösen und die Preisbildung nur im Rahmen der Rechtsverordnung zu regeln. Es kann nicht sein, dass der als Mengenrabatt für die GKV gedachte Apothekenabschlag zum Zuschlag mutiert.

**?** Die ersten Verhandlungen zu Erstattungsbeträgen zu Arzneimittel-Neueinführungen laufen. Ein erhebliches Potenzial liegt auch in der Aufbereitung des Bestandsmarktes. Gibt es hier schon konkrete Planungen?

Die mit dem AMNOG eingeführte Nutzen- beziehungsweise Kosten-Nutzen-Bewertung gilt nicht nur für neu ab dem 1. Januar 2011 zugelassene Arzneimittel, sondern auch für Arzneimittel, die bereits vor dem 1. Januar 2011 zugelassen worden sind und noch Patent- beziehungsweise Datenverwertungsschutz haben (sogenannter Bestandsmarkt). Gesetzlich ist vorgesehen, vorrangig Arzneimittel zu bewerten, die für die Versorgung von Bedeutung sind oder die mit Arzneimitteln im Wettbewerb stehen, für die bereits ein Beschluss nach dem AMNOG-Verfahren vorliegt.

Dass der Bestandsmarkt ein erhebliches Potenzial darstellt, ist unbestritten. Der Gemeinsame Bundesausschuss wird zunächst damit beginnen, Arzneimittel aus dem Bestandsmarkt aufzurufen, die mit bereits bewerteten Arzneimitteln im Wettbewerb stehen. Ein erster Beschluss wird in Kürze erwartet. Für den GKV-Spitzenverband bleibt aber auch das Kriterium der Marktrelevanz im Fokus der Überlegungen.

**?** Der GKV-Spitzenverband ist auch für die Festbeträge im Hilfsmittelbereich und das Hilfsmittelverzeichnis verantwortlich. Wie sehen Sie in diesem Bereich das Verhältnis von Festbeträgen und Vertragswettbewerb?

Das Festbetragswesen ist im Wesentlichen auf den Preis der Versorgung gerichtet. Grundsätzlich erfüllen die Krankenkassen ihre Leistungspflicht gegenüber den Versicherten mit dem Festbetrag. Die einzelnen Kassen müssen mit ihren Verträgen dafür sorgen, dass die Leistungserbringer eine Versorgung mit geeigneten und qualitätsgesicherten Hilfsmitteln in Höhe des Festbetrages auch sicherstellen. Bestehen die Versicherten auf Versorgungsleistungen, die den Festbetrag überschreiten, so müssen sie den Mehrbetrag dann selbst tragen.

Im Ergebnis bedeutet dies, dass Preiswettbewerb bereits durch Festbeträge ausgelöst und durch die Festlegung von wirtschaftlichen Vertragskonditionen fortgeführt wird. Über die kassenindividuellen Verträge findet darüber hinaus der Qualitätswettbewerb statt.

**?** Zur zahnmedizinischen Versorgung hat der GKV-Spitzenverband sich zuletzt mit starker öffentlicher Resonanz im Interesse der Versicherten positioniert. Ein Sonderthema ist die Verbesserung der zahnmedizinischen Versorgung von pflegebedürftigen und behinderten Menschen – wie beurteilen Sie den versorgungspolitischen Handlungsbedarf an dieser Schnittstelle zwischen zahnärztlichem und pflegerischem Bereich?

Schon heute steht auch für diesen Personenkreis ein angemessenes und ausreichendes zahnärztliches und pflegerisches Leistungsangebot zur Verfügung. Es muss dafür gesorgt werden, dass dieses Angebot von den betroffenen Personen auch genutzt wird.

Für eine optimale Betreuung sind daher Schnittstellenprobleme zwischen zahnärztlichem und pflegerischem Bereich zu vermeiden. Dazu ist es notwendig, die Zusammenarbeit der Beteiligten zu fördern und Kompetenzen klar voneinander abzugrenzen.

**?** Zum Abschluss noch eine Frage mit Blick auf die nächste Dekade: Worin liegt Ihres Erachtens die größte Herausforderung der GKV und in welche Richtung empfehlen Sie dem Gesetzgeber – aber auch den Akteuren im Gesundheitswesen selbst –, nach Lösungen zu suchen?

Das deutsche Gesundheitswesen muss nach meinem Erachten noch besser an die sich verändernden wirtschaftlichen, demographischen und gesellschaftlichen Umstände wie Bevölkerungsrückgang und Überalterung angepasst werden. Zentrale Fragestellungen sind hier z. B., wie wir in Zukunft mit der Zunahme der chronischen Erkrankungen oder mit dem medizinischen und technologischen Wandel umgehen. Schließlich muss auch darüber entschieden werden, wie sich künftig die Schere zwischen Einnahmen der gesetzlichen Krankenversicherung und Gesundheitsausgaben dauerhaft schließen lässt.

Herr von Stackelberg, wir danken Ihnen herzlich für das Interview!

---

Die Fragen stellte Dr. Hildegard Demmer, BKK Bundesverband.