



Gesundheitsreform: Der „Spitzenverband Bund der Krankenkassen.“

Bei dem Abschluss von Verträgen auf der Bundesebene steht der Kassenärztlichen Bundesvereinigung künftig der „Spitzenverband Bund der Krankenkassen“, der sich selbst „GKV-Spitzenverband“ nennt, gegenüber. Die bisherigen Spitzenverbände der Krankenkassen (bisher selbstständige Verbände für die Ortskrankenkassen, Ersatzkassen und die Betriebs- und Innungskrankenkassen) bestehen mit einer deutlich eingeschränkten Aufgabenstellung als „Dienstleister“ für die Krankenkassen weiter.

Der GKV-Spitzenverband hat im ärztlichen Bereich u. a. folgende Aufgaben:

- Abschluss der Bundesmantelverträge Ärzte/Zahnärzte
- Vereinbarung der Rahmenvorgaben für regionale Arzneimittelvereinbarungen
- Vereinbarung des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes
- Besetzung des Bewertungsausschusses mit unmittelbarem Einfluss auf das angegliederte Institut
- Besetzung des Bundesschiedsamtes
- Besetzung des Gemeinsamen Bundesausschuss mit unmittelbarem Einfluss auf das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG)
- Träger des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen (MDK).

Auch im Pharmabereich, bei den Krankenhäusern, im Bereich der Versorgung mit Heil- und Hilfsmitteln sowie bei der ambulanten und stationären Pflege spielt der GKV-Spitzenverband eine entscheidende Rolle. Die Aufsicht über den GKV-Spitzenverband führt unmittelbar das Bundesministerium für Gesundheit (BMG).

Der GKV-Spitzenverband hat seine Arbeit am 1. Juli 2008 mit Dienstsitz in Berlin aufgenommen. Bei seinem Amtsantritt hat er einen Katalog mit nicht weniger als 166 Aufgaben über die gesamte Bandbreite des Gesundheitswesens veröffentlicht. Bei der Übernahme seiner gesetzlichen Aufgaben hat der GKV-Spitzenverband erklärt, er wolle diese wettbewerbsneutral wahrnehmen.

Die einzelnen Krankenkassen und ihre Verbände könnten sich nun – so der Gedanke des Gesetzgebers – auf die wettbewerblichen Herausforderungen wie Rabattverträge, Einzelverträge mit Leistungserbringern oder die gute Beratung der Versicherten konzentrieren.

Der GKV-Spitzenverband gestaltet gemeinsam mit den Selbstverwaltungspartnern die Rahmenbedingungen im Gesundheitswesen für ein Finanzvolumen von nahezu 150 Milliarden Euro. Geführt wird er von drei hauptamtlich beschäftigten Vorständen. Den Vorsitz führt Dr. Doris Pfeiffer (früher VdAK). Mitglieder des Vorstands sind Johannes Magnus von Stackelberg (früher AOK-Bundesverband) und K.-Dieter Voß (früher BKK-Bundesverband).

Als Selbstverwaltungsorgan wurde bei dem GKV-Spitzenverband ein 36-köpfiger Verwaltungsrat eingerichtet, der jeweils zu Beginn einer Amtsperiode von der Mitgliederversammlung, die aus jeweils zwei Vertretern sämtlicher Krankenkassen besteht, gewählt wird. An der Spitze des Verwaltungsrates stehen mit Willi Budde und Dr. Volker Hansen Vertreter der Arbeitnehmer und der Arbeitgeber aus der Selbstverwaltung der Krankenkassen. Als erste Amtshandlung hatte der Verwaltungsrat den dreiköpfigen hauptamtlichen Vorstand gewählt. Der Einfluss der ehrenamtlichen Selbstverwaltung ist im GKV-Spitzenverband deutlich größer als in den alten Spitzenverbänden, da die Vorlagen der hauptamtlichen Mitarbeiter zunächst in den durch Selbstverwalter dominierten Fachausschüssen beraten und dann im Verwaltungsrat beschlossen werden. Der Handlungsspielraum des Vorstandes ist so deutlich eingeeengt.

Mit der Etablierung des GKV-Spitzenverbandes hat sich die Organisationsstruktur im Gesundheitswesen grundlegend verändert. Für alle überregionalen Aufgaben gibt es künftig einen zentralen Verband, der für den Abschluss aller Verträge und Richtlinien auf der Bundesebene zuständig ist.

Auch auf der regionalen Ebene wurde die bisher differenzierte Kassenlandschaft verändert. Die Krankenkassen sind beispielsweise verpflichtet, die Vereinbarungen zur morbiditätsbedingten Gesamtvergütung „einheitlich und gemeinsam“ abzuschließen. Es wird keine getrennten Vergütungsverhandlungen zwischen den bisherigen „Primärkassen“ und den Ersatzkassen mehr geben.

Ein Wettbewerb zwischen den Krankenkassen findet in Zukunft nur noch auf dem Felde der hausarztzentrierten Versorgung (§ 73b SGB V) und den Verträgen zu einer „besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung“ (§ 73c SGB V) statt. Auf diesen Feldern sind die einzelnen Krankenkassen zum Abschluss von Verträgen berechtigt.