

Krankenkassen - Vom konzeptionellen Gestalter zum perfektionierenden Verwalter

Emer. Univ.-Prof. Dr. med. H-H. Abholz
Inst. Allgemeinmedizin, Univ. Düsseldorf

Ziel ist ...

-An der *historischen Entwicklung der letzten 30 Jahre* den Wandel der Funktion der Gesetzlichen Krankenkassen

-im *einmaligen* deutschen System der Steuerung des Gesundheitswesens darzustellen.

-Dazu ist eine Kurzdarstellung notwendig zu: Rolle der Krankenkassen, des Staat und der Leistungserbringer.

-Dies geschieht mit Trennung zwischen „alten“ zu „neuen Strukturen“ – letztere ab 2002 und nochmals 2008.

-Hintergrund: von 1986 bis 2000 war ich nebenberuflich „Beratender Arzt“ des Bundesverbands der BKKs und in den hier genannten GKV-Gremien tätig.

Einige Prinzipien der GKV

- **Solidarprinzip:** Nach Einkommen, nicht nach Krankheitsrisiko)
- **Freier Zugang,** unabhängig vom Gesundheitszustand
- **Sachleistungsprinzip** – Versicherter hat keinen Kontakt zum Geld
- **Versicherungspflicht** – bis zu einer Einkommensgrenze
- **Freie Leistungsanbieter** (Ärzte, Krankenhäuser, Heil- u. Hilfsmittel, Pharmaindustrie)

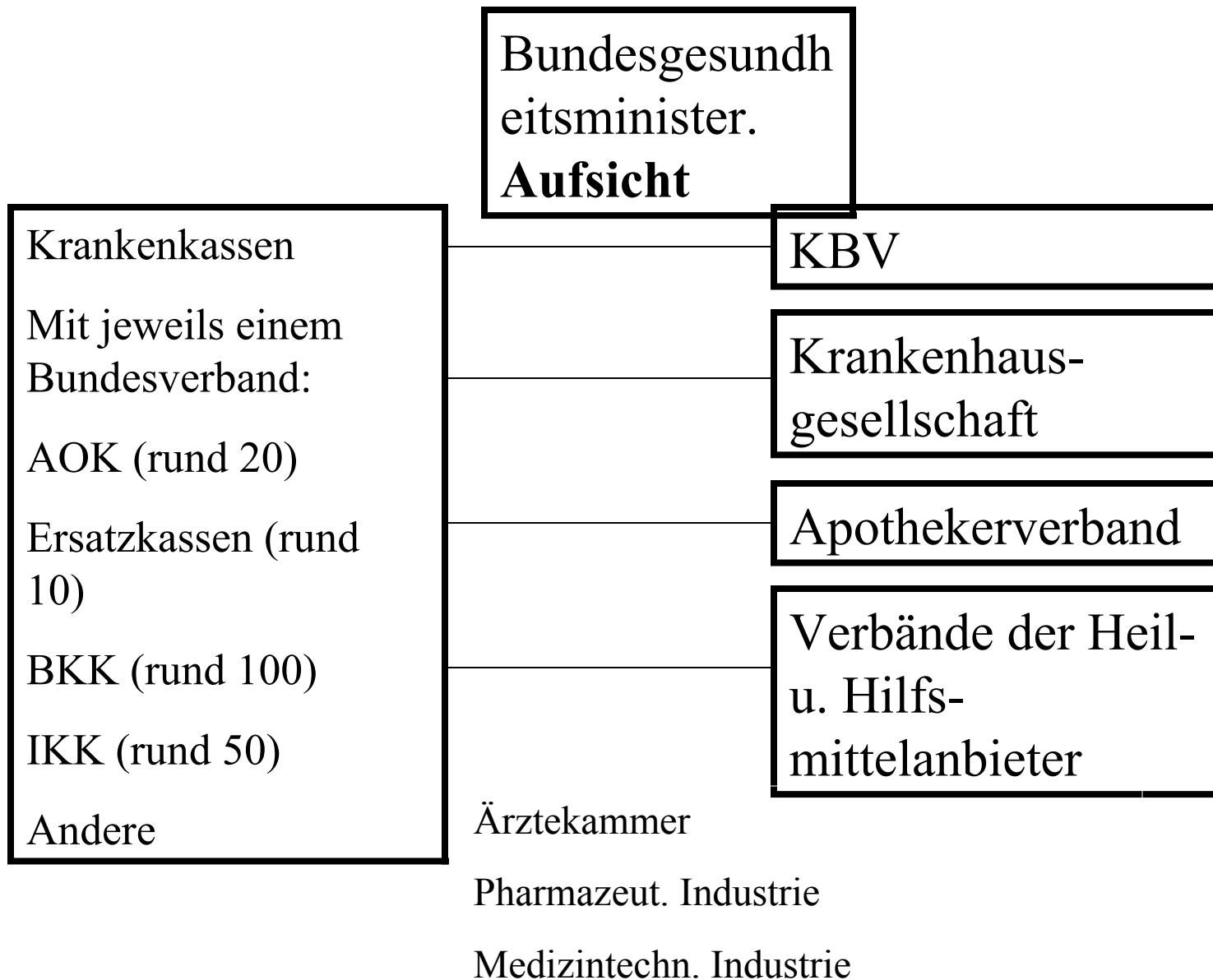
Einige Prinzipien der GKV- Fortsg.

- **Ambulante Versorgung nur durch selbstständige Ärzte**
- **Aushandlung der Leistungen und deren Erbringung** zwischen Vertragspartnern (KV, Krankenhaus einerseits und GKV andererseits)
- **Hoher medizinischer Standard**
- **Qualitätssicherung**
- **Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung**

Was wird im System der GKV reguliert?

- **Lokale Verteilung von Versorgungsinstitutionen** – Krankenkassen (KK); Kassenärztl. Vereinig (KV); (neu ab 2002: Staat)
- **Qualität** – Ärztekammer (ÄK); Kassenärztliche Vereinigung (KV); Krankenhausgesellschaft (KHG); Selbstregulierung der Berufe
- **Abgrenzung der Berufsgruppen zueinander** – Staat; ÄK
- **Bezahlung** – KV; KK (neu: Staat)
- **Inhalt u. Methoden der Versorgung** – KK, KV, KHG, (neu: Staat)
- **Sicherheit der Geräte/ Pharmaka**: Staat

Akteure in der GKV - alt



Handlungsraum der Akteure

- Krankenkassen delegierten Vertreter in den
- Bundesausschuss,
- der hälftig aus KK- und den Leistungsanbieter KV und KHG bestand – mit einem Neutralen als Vorsitz
- Der Bundesausschuss hatte thematische **Arbeitsausschüsse** (Honorierung, Neue Methoden, Prävention etc.) mit jeweiligen Unterausschüssen (Früherkennung Mammographie, PET etc.)
- *die ebenfalls hälftig* besetzt waren

Arbeitsprinzip war

- **Leistungserbringer** (KV, KHG) und **Leistungsbezahler** (=KK) haben ökonomisch konträre Interessen und müssen sich
- daher über die inhaltliche Diskussion einigen.
- **Der Staat hat nur Aufsichtsfunktion** über die Einhaltung dieses Prinzips
- und ggf. Entscheidung, wenn keine Einigung im Bundesausschuss erfolgt.

Was wurde von den Kassen zusammen *mit konzeptionell geregelt?**

- **Alle Inhalte der Versorgung, einschließlich der Neu-Aufnahme von Leistungs-Inhalten**
- **Qualitätssicherung**
- **Strukturierung des Versorgungs-Systems**
- **Honorierung**
- **Modell-Projekte zu Inhalten und Struktur**

* = zusammen mit KV und KHG unter Aufsicht des Staats

Prinzipien der Krankenkassen

- **Bis 2002**: „**einheitlich und gemeinschaftlich**“ –
unter Prinzip: **Alles mit Nutzen muss von allen
angeboten werden**
- **Ab 2002**: **Wettbewerb der Kassen – und dies
unter obigem Prinzip > Wettbewerb in
zweifelhaften Zusatzangeboten; Tarifen**
- **Zukünftig**: **Konkurrenz mit Leistungen und
mit unterschiedlichen Tarifen zwischen den
Kassen**

Rolle des Staat

- **Rahmenvorgaben zu allgemeinen Leistungsbereichen**
- **Rahmenvorgaben zu Finanz-Aspekten**
- **Kontrolle der Einhaltung des Rahmens**
- **Keine Vorgaben zu Inhalten oder gar detaillierenden Inhalten, keine zur Qualität**

Abweichend dazu:

- Gesundheitsuntersuchung (1989), Krebsfrüherkennung Mamma (2004);
- Pharma- Gerätesicherheit unter staatlicher Kontrolle

Akteure in der GKV- heute u. zukünftig

- **Staat**
- **Spitzenverband Bund** : alle Kassen wählen Kandidaten aus unterschiedlichen Kassen =
Aufhebung des Delegationsprinzips
- **Kassenärztliche Bundesvereinigung**
- **Krankenhausgesellschaft**
- **sowie „unabhängige Institutionen“ (Unterstütz.)**
 - Inst. Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (**IQWiG**)
 - **Bundesversicherungsamt** (DMPs genehmigen)
 - (Institut für Fragen der Struktur der Versorgung)
 - **BSQ** (Bundesstelle Qualität)

Handlungsraum der Akteure ab 2008

Kassenärztliche Bundesvereinigung

Dtsch Krankenhausgesellschaft

und

**Spitzenverband Bund (Ersatz f. Krankenkassen
Spitzenverband)**

– **sind Verhandlungspartner**

im:

- **Gemeinsamer Bundesausschuss (GBA)**
- **Mit Patientenvertreter und Unabhängigen**

Gemeinsamer Bundesausschuss (GBA)

- *Gremium der paritätischen Entscheidung (in Klammern Zahl der Vertreter; ab 2008):*
- **Krankenkassen (5) und - Kassenärzten (KBV) (2)**
 - **Kassenzahnärzten(KZBV)(1)**
 - **Krankenhausgesellschaft (2)**
 - **Patientenvertreter (1, nicht stimmberechtigt)**
 - **Unabhängige (3, einschl. Vorsitz)**

Arbeitsprinzip heute ist

- **Aushandeln von Entscheidungen im GBA**
- **nur noch auf Bundesebene, nicht mehr regional, und**
- **zwischen einerseits gewählten Kandidaten von Kassen (die heute noch von diesen persönlich gekannt werden, zukünftig aber nicht mehr!)**
- **und den gewählten Vertretern von KV und KHG**

Damit aber

- Wird die einzelne Krankenkasse insgesamt – sowie mehr noch regional - allein zum
- **Umsetzer von Entscheidungen;**
- **also ausführende „Behörde“ :**
Verhandlungen mit Leistungserbringern vor Ort u. Betreuung der Versicherten;
- allerdings unter dem staatlich verordneten Prinzip des Wettbewerbs
- **Der GBA wird zur öffentl-rechtl Planungsbehörde und Zulassungstelle**

Fazit zur historische Entwicklung I

A: Abbau der Macht der Krankenkassen durch

•1) Minimierung des Einflusses der Kassen über die Abschaffung von Delegation in den GBA; dafür Wahl von Kandidaten.

•2) Erhalt des Delegationsprinzips bei der Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) im GBA

•3) Reduktion der Kassenfunktion auf Umsetzungsbehörde

Fazit zur historische Entwicklung II

- **B: : Stärkung des Staats mit direktem Eingriff**
- **Unter Nutzung des GBA als Planungs- und Zulassungs-Behörde**
- **sowie mit Unterstützung von neutralen Arbeits-Institutionen (öffentlich rechtliche Einrichtg) (IQWiG, BSQ, Bundesamt)**

Danke für Zuhören

Anhänge ggf für Diskussion

5.3. Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG):

- **Von den Krankenkassen per Gesetz zu bezahlen**
- **Leitung durch Benennung eines Verwaltungs- und eines Medizinischen Leiters durch die Krankenkassen und die KBV paritätisch**
- **Funktion: Unabhängiges Institut zur Literatursuche und Bewertung der Studienlage (EBM Funktion)**
bei versorgungsrelevanten Themen zur
 - **Unterstützung des GKV-Entscheidungsprozess**
 - **Umsetzung von Wissen mit Ziel der Patientenpartizipation**

5.4. BQS (Bundesstelle Qualitätssicherung)

- Unabhängige Institution zur Qualitätssicherung – also Qualitätsbeurteilung und Maßnahmen zu deren Sicherung –
- Hat rechtsverbindlichen Charakter
- Im Krankenhaus mit Qualitätsberichten institutionalisiert.
- Ambulant: vorbereitende Arbeit

6.1. Kassenärztliche Vereinigung KV (Ambul. Vsg)

Aufgaben:

- a)** Ausgleich in der *ambulanten* Ärzteschaft
- b)** Vertreter der *ambulanten* Ärzteschaft bei Verhandlungen mit Kassen

Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV)

regelt auf Bundesebene

5.2. Pharma-und Geräteindustrie

- sehr einflussreich
- aber
- außerhalb der vorgeschriebenen Verhandlungsbahnen der GKV/PKV
- = Arbeit über Lobbyismus