

Entscheidungen der gemeinsamen Selbstverwaltung mit Beteiligung des GKV-Spitzenverbandes im Jahr 2012

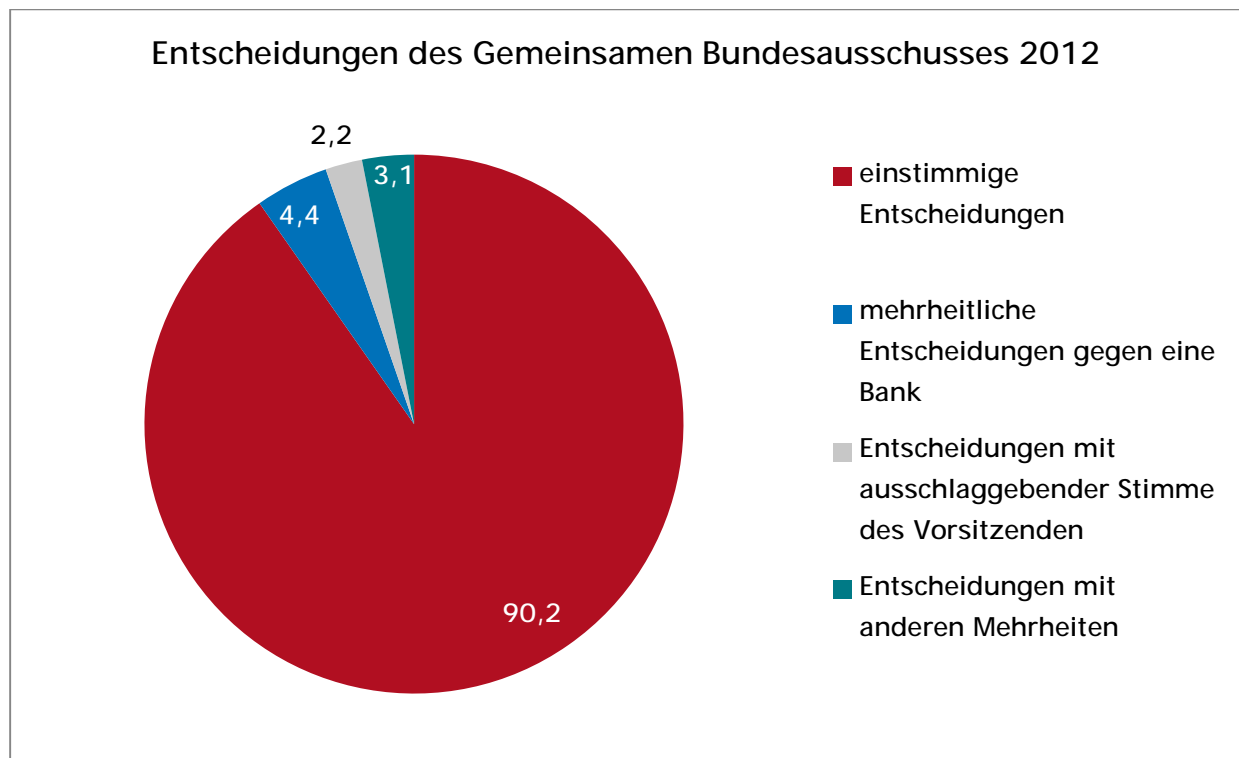
In der politischen Diskussion wird zunehmend die Leistungsfähigkeit der gemeinsamen Selbstverwaltung erörtert. Als Anlass für Zweifel werden u. a. die kontrovers geführten Honorarverhandlungen zwischen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und dem GKV-Spitzenverband im vergangenen Jahr herangezogen, die kritisch von medialer Berichterstattung begleitet wurden. In der öffentlichen Wahrnehmung entstand der Eindruck, die gemeinsame Selbstverwaltung handle nicht effizient genug und könne aus eigener Kraft keine Entscheidungen treffen. Bei genauerer Betrachtung wird allerdings deutlich, dass sich die Kritik an den Leistungen der gemeinsamen Selbstverwaltung als ungerechtfertigt erweist.



In der Praxis zeigt sich, dass die Entscheidungen der gemeinsamen Selbstverwaltung weitaus häufiger konsensual als konfrontativ getroffen werden. Allein im Jahr 2012 hat die gemeinsame Selbstverwaltung mit Beteiligung des GKV-Spitzenverbandes - außerhalb des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) und des Bereichs Pflege - 79 Entscheidungen auf Grundlage von gesetzlichen Aufträgen getroffen. Hierbei wurden nur für einen kleinen Teil der Aufgaben schiedsamtliche Verfahren notwendig. Bei der weitaus größeren Zahl der Fälle

konnten die Entscheidungen im Einvernehmen der beteiligten Organisationen getroffen werden. Damit dokumentiert die gemeinsame Selbstverwaltung nicht nur ein großes Interesse an konsensual erzielten Ergebnissen, sondern auch ihre Leistungsfähigkeit. Dies schließt noch nicht die Vielzahl der Aufgaben ein, die der GKV-Spitzenverband als Teil der Selbstverwaltung einseitig zu regeln hat. Hierzu gehören u. a. die Festsetzung von Festbeträgen für Arzneimittel und die Zulassungsempfehlungen für Heilmittel-Leistungserbringer.

Betrachtet man die Arbeit des G-BA im vergangenen Jahr, ergibt sich ein ähnliches Bild: Von den 225 Beschlüssen wurden über 90 Prozent einstimmig gefasst. Weniger als 10 Prozent der Beschlüsse wurden mehrheitlich – gegen eine Bank, mit der ausschlaggebenden Stimme des unparteiischen Vorsitzenden oder mit anderen Mehrheitsverhältnissen – getroffen. Grund für die beeindruckende Zahl einstimmiger Beschlüsse sind die stetigen Konsensbemühungen des unparteiischen Vorsitzenden, der unparteiischen Mitglieder sowie der Trägerorganisationen des G-BA. Ungeachtet der häufig sehr unterschiedlichen Interessenlagen fasst der G-BA eine erhebliche Anzahl von Beschlüssen, in der Regel ohne breite mediale Diskussionen.





Spitzenverband

Die Erwartung des Gesetzgebers, dass gesetzliche Aufträge zeitnah umgesetzt werden, ist fraglos berechtigt und stellt aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes ein wichtiges Ziel bei allen Entscheidungen der gemeinsamen Selbstverwaltung dar. Tatsächlich haben Einzelfälle ein breites öffentliches Echo hervorgerufen. Dies rechtfertigt jedoch nicht die Pauschalkritik an den Leistungen der gemeinsamen Selbstverwaltung. Zudem besteht die Gefahr, dass die Mehrzahl der konsensual getroffenen Entscheidungen, die weniger medienwirksam sind, in Frage gestellt wird.

Wie in der Vergangenheit wurden der gemeinsamen Selbstverwaltung auch in der jüngsten Zeit neue Aufgaben übertragen. So wurde der GKV-Spitzenverband zuletzt beauftragt, u. a. zusammen mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung bis Ende 2013 die einheitlichen Fördervoraussetzungen für klinische Krebsregister zu beschließen. Auch der G-BA hat neue umfangreiche Aufgaben erhalten: Das Gremium ist seit 2011 für die frühe Nutzenbewertung von Arzneimitteln mit neuen Wirkstoffen verantwortlich und hat erst kürzlich die Richtlinie zur Konkretisierung der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung beschlossen. Diese Beispiele zeugen davon, dass die Arbeit der gemeinsamen Selbstverwaltung weiterhin geschätzt wird.

Mit dem Versorgungsstrukturgesetz wurden allerdings eine Reihe von Änderungen vorgenommen, die einer leistungsfähigen Selbstverwaltung entgegenstehen. Beschlüsse zum Ausschluss von Leistungen im G-BA sind erschwert worden. Durch die Regelung der Stimmenübertragung bei sektorbezogenen Entscheidungen wird das sektorübergreifende Handeln des G-BA geschwächt. Eine Konfrontationssituation einzelner Bänke wird provoziert, anstatt den erst 2008 eingeführten sektorübergreifenden Dialog zu pflegen.

Damit die gemeinsame Selbstverwaltung ihren gesetzlichen Aufgaben in gebührender Weise nachkommen kann, sind angemessene Fristen zur Umsetzung der Aufgaben unerlässlich. Unter großem Zeitdruck getroffene Entscheidungen über die medizinische Versorgung können unter Umständen die gebotenen Kompromissbemühungen in den Hintergrund treten lassen. Dies gefährdet die Akzeptanz der Entscheidungen seitens derjenigen Beteiligten, die sie im Versorgungsalltag umsetzen und „leben“ müssen. Wichtig ist, die Aufträge klar und eindeutig zu formulieren. Da der jeweilige Entscheidungsgegenstand aufgrund unterschiedlicher Interessenlagen der gemeinsamen Selbstverwaltung sehr konfliktbeladen sein oder aber eine große Tragweite für die Gesundheitsversorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung haben kann, schafft in einigen Fällen nur ein Schiedsspruch eine Konfliktlösung – auch im Rahmen der gemeinsamen Selbstverwaltung! Bei allen Beteiligten ist deshalb ein Verständnis dafür notwendig, dass auch Schlichtungsverfahren Teil eines Entscheidungsprozesses der gemeinsamen Selbstverwaltung sind. Dessen ungeachtet setzt sich der GKV-Spitzenverband

auch weiterhin dafür ein, dass nicht nur sachgerechte, sondern auch effiziente und effektive Entscheidungen der gemeinsamen Selbstverwaltung sichergestellt werden.

Die Selbstverwaltung

Als eines der tragenden Prinzipien des deutschen Sozialsystems beschreibt Selbstverwaltung in der gesetzlichen Krankenversicherung die eigenverantwortliche Gestaltung durch die Beteiligten im Gesundheitswesen, insbesondere die Körperschaften und Verbände von Krankenkassen und Leistungserbringern. Die Arbeit der Selbstverwaltung trägt maßgeblich dazu bei, dass die gesetzlichen Aufgaben sachgerecht und alltagsnah umgesetzt werden. Zugleich schafft die Beteiligung der betroffenen Akteure eine größere demokratische Legitimation der getroffenen Entscheidungen.

In der gesetzlichen Krankenversicherung ist zwischen sozialer und gemeinsamer Selbstverwaltung zu unterscheiden. Soziale Selbstverwaltung umfasst die institutionelle Mitbestimmung der Versicherten und Arbeitgeber bei den Krankenkassen und ihren Verbänden. Als Teil der mittelbaren Staatsverwaltung werden die Körperschaften mit der

Umsetzung gesetzlicher Aufgaben beauftragt. Selbstverwaltung bewegt sich somit zwischen staatlicher Steuerung und privatwirtschaftlicher Organisation. Dabei handelt die Selbstverwaltung mit staatlicher Legitimation, denn der Gesetzgeber legt den rechtlichen Rahmen fest und überwacht die Umsetzung der übertragenen Aufgaben. Soziale Selbstverwaltung ist damit Ausdruck des demokratisch verfassten Sozialstaates.

Gemeinsame Selbstverwaltung charakterisiert das Zusammenwirken von Krankenkassen und Leistungserbringern zur Konkretisierung von gesetzlich vorgegebenen Aufgaben. Für die medizinische Versorgung bedeutsam ist insbesondere der Gemeinsame Bundesausschuss als wichtigstes Beschlussgremium der gemeinsamen Selbstverwaltung. Er setzt sich zusammen aus Vertretern der Krankenkassen und der Vertrags(zahn)ärzteschaft sowie der Krankenhäuser auf Bundesebene und definiert den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung. Hierbei hat die Patientenvertretung ein Mitberatungsrecht. Die Beschlüsse des G-BA stellen untergesetzliche Normen dar und sind damit verbindlich für die gesetzlichen Krankenkassen, die Versicherten und die Leistungserbringer. Gemeinsame Selbstverwaltung steht für eine praxisnahe und sachgerechte Umsetzung der gesetzlichen Vorgaben.