

Thomas Gerlinger

Die Bedeutung der gemeinsamen Selbstverwaltung im Steuerungssystem der gesetzlichen Krankenversicherung

Zusammenfassung

Die gemeinsame Selbstverwaltung wurde in den vergangenen zwei Jahrzehnten mit der Einführung wettbewerbsorientierter Reformen in der gesetzlichen Krankenversicherung einem vielgestaltigen Umbau unterzogen. Kollektivvertragliche Regelungen unterlagen auf der Meso-Ebene einem Erosionsprozess und wurden zunehmend durch Wettbewerbsbeziehungen auf der Mikro-Ebene ersetzt. Es kam zu einer Zentralisierung von Entscheidungskompetenzen auf Bundesebene, die den Handlungsspielraum der gemeinsamen Selbstverwaltung einschränkte (z.B. Finanzierungsrahmen, Leistungskatalog). Parallel wies der Gesetzgeber ihr auf Bundesebene neue Aufgaben zu, deren Wahrnehmung unerwünschten Reaktionen von Kassen und Leistungsanbietern entgegenwirken und die damit die im Aufbau befindliche Wettbewerbsordnung flankieren sollten (z. B. Qualitätssicherung).

Die schwarz-gelbe Koalition hält an der Orientierung auf einen regulierten Wettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung fest und steht insofern in Kontinuität zu den Vorgängerregierungen. Allerdings beinhaltet der Entwurf für ein Versorgungsstrukturgesetz mit Blick auf die gemeinsame Selbstverwaltung auf einigen Handlungsfeldern auch Richtungsänderungen. So sollen die Kassenärztlichen Vereinigungen gegenüber den Krankenkassen vor allem in der Vergütungspolitik gestärkt und in diesem Zusammenhang auch gesetzliche Vorgaben zur Ausgabenbegrenzung in der vertrags(zahn)ärztlichen Versorgung gelockert werden. Gleichzeitig beabsichtigt die Koalition, die Kompetenzen der obersten Landesbehörden gegenüber der gemeinsamen Selbstverwaltung auf Landesebene zu erweitern.

1. Einleitung

Die politische Steuerung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) orientiert sich seit der ersten Hälfte der 1990er Jahre am Leitbild des regulierten Wettbewerbs. Der damit verbundene Wandel der Steuerungsinstru-

mente (Gerlinger 2002) berührt auch die gemeinsame Selbstverwaltung¹ in der gesetzlichen Krankenversicherung, denn deren Existenz und Wirkung war verknüpft mit dem historisch gewachsenen Kollektivvertragssystem, das nun nach und nach durch Einzelverträge zwischen Krankenkassen und Leistungsanbietern ergänzt bzw. teilweise ersetzt wurde. Der folgende Beitrag geht der Frage nach, welche Auswirkungen dieser Prozess auf die Stellung der gemeinsamen Selbstverwaltung im GKV-System hat und welche Veränderungen die Reformvorhaben der schwarz-gelben Regierungskoalition für die gemeinsame Selbstverwaltung mit sich bringen.

2. Regulierter Wettbewerb und gemeinsame Selbstverwaltung

Veränderungen in der Rolle der gemeinsamen Selbstverwaltung sind nicht auf den Zeitraum seit der ersten Hälfte der 1990er Jahre beschränkt. Bereits die von der Mitte der 1970er bis zum Beginn der 1990er Jahre währende erste Phase der Kostendämpfungspolitik hatte die Akteurskonstellationen in der gemeinsamen Selbstverwaltung nicht unberührt gelassen. Ein wichtiges Ziel dieser Maßnahmen bestand darin, die Position der Krankenkassen gegenüber den Leistungsanbietern, insbesondere gegenüber den Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen), zu stärken. Dahinter stand der Befund, dass Krankenkassen und Leistungserbringer nicht über – wie es seinerzeit häufig hieß – „gleich lange Spieße“ verfügten und genau darin ein wichtiger Grund für den Ausgabenanstieg in der GKV zu suchen sei (z.B. Enquête-Kommission 1990). Diese Stärkung der Kassenseite wollte der Gesetzgeber u.a. erreichen, indem er die Verhandlungspositionen der Kassenarten einander anglich, um es den KVen zu erschweren, die Krankenkassen gegeneinander auszuspielen. So verlagerte er die Vertragsverhandlungen mit den KVen bei den Primärkassen² von den Einzelkassen auf die Ebene der Landesverbände und erweiterte den Geltungsbereich der Richtlinien und Entscheidungen des damaligen Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen, dessen Richtlinien und Entscheidungen für das ambulante Leistungsgeschehen in der GKV von zentraler Bedeutung waren, von den Primärkassen auf alle Kassenarten. Aber im Kern hielt der Gesetzgeber am bisherigen Kollektivvertragssystem fest und war bemüht, die Verbände der beteiligten Akteure in die Strategien der Kostendämpfung einzubeziehen („Korporatisierung“ – Döhler/Manow 1997). Wirkliche Strukturreformen blieben bis zum Ende der 1980er Jahre – auch mit Blick auf die gemeinsame Selbstverwaltung – aus (Rosewitz/Webber 1990).

Dies änderte sich mit der Orientierung der Gesundheitspolitik am Leitbild des regulierten Wettbewerbs, die 1992 mit der Verabschiedung

des Gesundheitsstrukturgesetzes eingeleitet worden war (Kania/Blanke 2000). In ordnungspolitischer Hinsicht waren damit zweierlei Entwicklungen verbunden. Erstens gerieten die Krankenkassen mit der Einführung der freien Kassenwahl in Konkurrenz um Mitglieder, zweitens traten neben das bisherige Kollektivvertragssystem nach und nach Einzelverträge zwischen Krankenkassen und Leistungsanbietern.

3. Ausweitung staatlicher Vorschriften und Entscheidungskompetenzen³

Die Ausrichtung an Prinzipien des regulierten Wettbewerbs brachte Kompetenzverschiebungen zwischen den Handlungsebenen in der GKV mit sich (Gerlinger 2002). Zum einen erhielten die Krankenkassen als *Einzelkassen* neue Möglichkeiten zum Abschluss von Versorgungsverträgen und sind damit nicht mehr so eng an Vereinbarungen im Rahmen ihres Kassenverbandes gebunden. Zum anderen konnten sie in einer wachsenden Zahl von Versorgungsfeldern Verträge mit einzelnen oder Gemeinschaften von Ärzten abschließen und sind nicht mehr auf eine Einigung mit der KV angewiesen. Heute können Krankenkassen auf diesem Wege Verträge zur integrierten Versorgung und zur hausarztzentrierten Versorgung, Verträge über Disease-Management-Programme und über Modellvorhaben ohne Zustimmung der KVen abschließen. Sie machen von dieser Möglichkeit auch in wachsendem Maße Gebrauch. Trotz dieses Trends zu einem weiteren Bedeutungsgewinn einzelvertraglicher Regelungen wird der überwältigende Teil des ambulanten Leistungsgeschehens nach wie vor in Kollektivverträgen mit den KVen geregelt. In der GKV existiert also ein Nebeneinander von kollektiv- und einzelvertraglicher Steuerung des Leistungsgeschehens.

Anders als es zunächst nahe legen mag, hat der Trend zu einer Liberalisierung des Vertragsrechts aber nicht dazu geführt, dass kollektiv verbindliche Regelungen für die Steuerung der GKV an Bedeutung verloren haben. Das Gegenteil ist der Fall: Die Einführung und allmähliche Ausweitung von Elementen des regulierten Wettbewerbs war und ist begleitet von einer Ausweitung hierarchischer Steuerung in der GKV, deren Hauptakteure der Gesetz- und Verordnungsgeber, insbesondere das Bundesministerium für Gesundheit (BMG), einerseits und – in dessen Auftrag – die Akteure der gemeinsamen Selbstverwaltung auf Bundesebene andererseits sind.

Die Ausweitung staatlicher Intervention kommt vor allem in folgenden Maßnahmen zum Ausdruck:

1. Der Gesetzgeber setzt der GKV einen zunehmend restriktiven Finanzrahmen und schränkte die Finanzautonomie der Krankenkassen zunehmend ein. Dies wird zum einen deutlich in der Einführung von Budgets für einzelne Leistungserbringer und Leistungsarten (z.B. im Krankenhaussektor), zum anderen in der fortgesetzten Verschärfung des Grundsatzes der Beitragssatzstabilität. Die Einschränkung der Finanzautonomie der Krankenkassen erreichte ihren Höhepunkt mit der Gesundheitsreform 2007, die den Krankenkassen zur Festsetzung ihres Beitragssatzes entzog. Seit dem 1.1.2009 wird der nunmehr bundeseinheitliche Beitragssatz bekanntlich per Rechtsverordnung von der Bundesregierung festgelegt.
2. Der Staat bedient sich bei seinen Steuerungsmaßnahmen zunehmend einer vielgestaltigen und differenzierten prozeduralen Steuerung. Durch die Veränderung von Verfahrens- und Entscheidungsregeln, das Setzen finanzieller Anreize und die Auflösung und Bildung von Institutionen verändert er die Interessenlage einzelner Akteure und weist ihnen Handlungsressourcen zu bzw. entzieht sie ihnen. Auf diese Weise kann er die Wahrscheinlichkeit erhöhen, dass in den betreffenden Selbstverwaltungsgremien Entscheidungen fallen, die mit den staatlichen Zielsetzungen für die Entwicklung der GKV übereinstimmen.⁴ Dies betrifft auch die Institutionen der gemeinsamen Selbstverwaltung der Ärzte und Krankenkassen. Hier lässt sich seit den 1990er Jahren ein Trend zur Stärkung der Krankenkassen gegenüber den Leistungserbringern erkennen, der verdeutlicht, dass es die Krankenkassen sind, denen der Gesetzgeber die Aufgabe zuweist, die erwünschte Modernisierung von Versorgungsstrukturen auf den Weg zu bringen und gegenüber den Leistungsanbietern durchzusetzen. Diese Entwicklung wird nicht zuletzt in der Vergütungspolitik sichtbar. So hat der Gesetzgeber in den zurückliegenden Jahrzehnten durch die Einführung und Verschärfung des Grundsatzes der Beitragssatzstabilität (§ 71 SGB V) die Position der Krankenkassen in den Vergütungsverhandlungen mit KBV und KVen gestärkt und zudem seit 2004 die Möglichkeiten der Krankenkassen zur Einflussnahme auf die vertragsärztliche Honorarverteilung erweitert.
3. Der Gesetzgeber überzieht die gemeinsame Selbstverwaltung mit einem immer dichteren Netz gesetzlicher Vorschriften. Dabei handelt es sich überwiegend um solche Bestimmungen, die die Modalitäten der Marktkonstitution in der GKV regeln, also die Rechte und Pflichten der Akteure in einem zunehmend von finanziellen Anreizen geprägten Handlungssystem präzisieren und die Grenzen ihres Handelns definieren. Gegenstand solcher Regelungen sind insbesondere

die Vergütung vertragsärztlicher und stationärer Leistungen sowie die Qualitätssicherung. Auf beiden Feldern entsteht ein hochgradig ausdifferenziertes Vorschriftenwerk, das noch ergänzt wird durch ein viel komplexeres Regelwerk der gemeinsamen Selbstverwaltung. Dabei war die Qualitätssicherung bis Ende der 1980er Jahre überhaupt noch kaum durch gesetzliche Bestimmungen reguliert worden. Wahrgenommene Fehlanreize, die mit finanziellen Steuerungsinstrumenten üblicherweise einhergehen, wie die Rationierung von Leistungen⁵, sollen auf diese Weise korrigiert und antizipierte Fehlanreize vermieden oder zumindest begrenzt werden. Bei diesen Aktivitäten handelt es sich also um eine die Marktkonstitution flankierende Re-Regulierung, die auch auf anderen der Liberalisierung unterworfenen Politikfeldern anzutreffen ist.⁶

Die Ausweitung staatlicher Intervention äußert sich nicht nur in einer Intensivierung der Rechtsetzungsaktivitäten, sondern auch im Bedeutungszuwachs der staatlichen Aufsicht. So hat unter den Einrichtungen des Bundes das Bundesversicherungsamt seit den 1990er Jahren einen erheblichen Bedeutungszuwachs erfahren. Es ist zum einen verantwortlich für die Durchführung des Risikostrukturausgleichs und für die Zulassung von Disease-Management-Programmen. Schließlich führt es die Aufsicht über die bundesunmittelbaren Krankenkassen – ein Feld, auf dem die Reichweite seiner Aufsichtstätigkeit in dem Maße wuchs, wie die Länder an Bedeutung verloren (siehe Abschnitt 5).

Schließlich hat der Gesetzgeber – namentlich die rot-grüne Koalition bzw. die SPD in der Großen Koalition – seit Beginn dieses Jahrhunderts mehrmals den Versuch unternommen, den Einfluss der im GBA vertretenen Verbände der Krankenkassen und der Ärzteschaft auf die Überprüfung des Nutzens und der Wirtschaftlichkeit medizinischer Leistungen zurückzudrängen (Deutscher Bundestag 2003). Hintergrund ist der an die Verbände gerichtete Vorwurf, sich bei diesen Entscheidungen nicht nur von wissenschaftlichen Erkenntnissen, sondern auch von eigenen Interessen leiten zu lassen. Das Ziel einer Begrenzung verbandlichen Einflusses verfolgte der Gesetzgeber bei der Gesundheitsreform 2004 mittels der Gründung eines Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG), das u.a. Kompetenzen zur Bewertung von Nutzen und Wirtschaftlichkeit von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden erhielt (§ 139a SGB V). Dabei waren die ursprünglichen Pläne noch deutlich weiter gegangen.⁷

Darüber hinaus unternahm der Gesetzgeber in der Gesundheitsreform 2007 auch einen Versuch, den GBA durch eine Beschneidung der Kom-

petenzen der Verbände bei der Bestellung der GBA-Mitglieder sowie durch eine Veränderung ihres Status enger an die staatliche Aufsichtsbehörde zu binden (Deutscher Bundestag 2006). Zu Beginn des Gesetzgebungsprozesses war sogar vorgesehen, dass die im GBA vertretenen Verbände nur noch ein Vorschlagsrecht, kein Ernennungsrecht mehr erhalten sollten; außerdem sollten die GBA-Mitglieder zu hauptamtlichen Angestellten des GBA werden und nicht länger Angestellte ihres jeweiligen Verbandes sein (Merten/Gerst 2007). Nach Ansicht von Vertretern der gemeinsamen Selbstverwaltung hätte dies darauf hinauslaufen können, den GBA von einem Selbstverwaltungsorgan zu einer staatlichen Regulierungsbehörde umzuwandeln (z.B. Metzinger 2006). Auch hier kam es im Reformverlauf zu einer Abschwächung ursprünglicher Vorhaben. So wurden schließlich nur die drei unparteiischen Mitglieder zu hauptamtlichen Angestellten des GBA, nicht aber die Vertreter von Ärzteschaft und Krankenkassen, und blieb auch das Ernennungsrecht der GBA-Mitglieder bei den Verbänden (§ 91 Abs. 2, SGB V).

Trotz dieser Abschwächungen gegenüber den anfänglichen Reformabsichten kommt in den letztlich verabschiedeten Bestimmungen das Bestreben des Gesetzgebers zum Ausdruck, den Einfluss solcher Institutionen auf Entscheidungen des GBA zu erhöhen, die im Vergleich zu den Einrichtungen der gemeinsamen Selbstverwaltung eine größere Unabhängigkeit gegenüber unmittelbar involvierten Interessen aufweisen: in dem einen Fall durch die Aufwertung wissenschaftlicher Expertise, in dem anderen Fall durch die Stärkung staatlicher Exekutive in Gestalt des BMG.⁸ Für die Zukunft korporatistischer Regulierung in der GKV sind diese Entwicklungen nicht unbedeutend: Sie verdeutlichen, dass Entscheidungen über Nutzen und Wirtschaftlichkeit medizinischer Leistungen grundsätzlich auch ohne Beteiligung der betroffenen Verbände getroffen werden können. Damit ist auch das Angewiesensein des Staates auf medizinisches bzw. versorgungsbezogenes Expertenwissen offenkundig keine Garantie (mehr) für die dauerhafte Existenz korporatistischer Arrangements im Gesundheitswesen.

4. Aufgabenzuwachs bei geringeren Spielräumen – wettbewerbspolitische Indienstnahme der gemeinsamen Selbstverwaltung

Die Ausweitung hierarchischer Steuerung bei einer gleichzeitigen Zentralisierung von Entscheidungskompetenzen auf der Makro-Ebene erfolgte nicht allein über eine Ausweitung unmittelbar staatlicher Interventionen, sondern kommt auch in der Aufwertung bestehender und der Bildung neuer Institutionen der gemeinsamen Selbstverwaltung auf Bundesebene zum Ausdruck.

Dies wird besonders deutlich in der Entwicklung des GBA. Hervorgegangen aus dem vormaligen Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen, erfuhr er im Zuge des skizzierten gesundheitspolitischen Wandels der 1990er Jahre einen unter zwei Gesichtspunkten erheblichen Bedeutungszuwachs (Urban 2001). Der GBA ist mittlerweile mit einem umfassenden Auftrag zum Erlass verbindlicher Richtlinien für nahezu alle Bereiche der ärztlichen Behandlung ausgestattet. Zudem hat er sämtliche Leistungen, die zu Lasten der Krankenkassen verordnet werden oder verordnet werden sollen, im Hinblick auf ihren Nutzen und ihre Wirtschaftlichkeit zu bewerten und entscheidet damit letztlich über den konkreten Umfang des Leistungskatalogs der GKV. Zu Beginn dieses Jahrhunderts wurde der Wirkungskreis dieses Gremiums, der bis dahin auf den ambulanten Sektor beschränkt war, auf die gesamte medizinische Versorgung ausgeweitet (Döhler 2002). Der Bedeutungszuwachs des GBA setzt sich bis in die Gegenwart fort. So hat er mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz 2007 u.a. die Kompetenz erhalten, verbindliche Richtlinien zur sektorenübergreifenden Qualitätssicherung zu verabschieden (§ 137 Abs. 1 SGB V).

Zudem wurden im stationären Sektor, in dem kollektivvertragliche Regelungen in der Vergangenheit eine geringere Rolle spielten als in der ambulanten Versorgung, den Landeskrankhausgesellschaften (LKGn) und der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) seit einigen Jahren wichtige Kompetenzen für kollektiv-verbindliche Entscheidungen übertragen, vor allem zur Ausgestaltung des DRG-Systems im Krankenhaussektor (siehe Abschnitt 5). Im Unterschied zur KBV bzw. zu den KVen nehmen die DKG bzw. die LKGs öffentliche Aufgaben aber nicht als Körperschaften öffentlichen Rechts, sondern als private Vereine wahr.

Unter den neu errichteten Institutionen ist das bereits erwähnte IQWiG von besonderer Bedeutung. Für die Vergütung von Krankenhausleistungen spielt das 2001 gegründete „Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus“, das vom GKV-Spitzenverband, vom Verband der privaten Krankenversicherung und von der DKG getragen wird, bei der Anpassung, Pflege und Weiterbildung des DRG-Systems eine wichtige Rolle. Auch für die vertragsärztliche Vergütung wurde mit dem „Institut des Bewertungsausschusses“ (2006/2007), getragen von der KBV und dem GKV-Spitzenverband, eine neue Einrichtung ins Leben gerufen. Ihre Aufgabe besteht darin, den Bewertungsausschuss für die vertragsärztlichen Leistungen bei seiner Arbeit zu unterstützen, u.a. durch Berechnungen zur morbiditätsorientierten Gesamtvergütung und zum morbiditätsabhängigen Behandlungsbedarf der Versicherten, zu den arztgruppen- und praxisbezogenen Regelleistungsvolumina sowie

zur Bereinigung der vertragsärztlichen Gesamtvergütung aufgrund von Selektivverträgen. Auch die Gründung des GBA im Jahr 2005 und die mit ihr erfolgte Ausweitung des Anwendungsbereichs seiner Richtlinien und Entscheidungen lassen sich als Ausdruck einer Ausdifferenzierung des Institutionensystems der gemeinsamen Selbstverwaltung interpretieren.

Auch nach dem Übergang zu wettbewerbsbasierten Strukturreformen lässt sich also eine Ausweitung hierarchischer Steuerung feststellen – ob über direkte staatliche Regelungen oder über eine Erweiterung von Aufgaben der gemeinsamen Selbstverwaltung. Diese Entwicklung steht nicht im Gegensatz zur Schaffung einer Wettbewerbsordnung, sondern ist Ausdruck des mit dem wettbewerblichen Umbau auftretenden Re-Regulierungsbedarfs (siehe Abschnitt 3).

5. Zentralisierung des Regulierungssystems

Mit der Ausweitung hierarchischer Steuerung gehen eine Zentralisierung der Regulierungskompetenzen und ein Trend zur Vereinheitlichung des Rechtsrahmens einher. Die Landesebene verliert bei der Steuerung der GKV an Bedeutung. Die Zentralisierung erfolgt auf schleichendem Wege; sie wird teils vom Gesetzgeber bewusst betrieben, teils ist sie eine unbeabsichtigte Folge der inkrementellen Reformpolitik (Gerlinger 2008). Sie kommt zum einen in der erwähnten Errichtung und Aufwertung des GBA zum Ausdruck, zum anderen in den seit 2000 sichtbaren Tendenzen zur schrittweisen Vereinheitlichung der Vergütungsbestimmungen in der stationären und ambulanten medizinischen Versorgung auf Bundesebene (Gerlinger 2008). Im Krankenhaussektor wird dieser Wandel besonders deutlich mit dem Übergang zum DRG-System. Hier hat der Gesetzgeber der DKG und dem GKV-Spitzenverband die Aufgabe übertragen, sowohl die Fallgruppen selbst zu definieren als auch deren Bewertungsrelationen festzulegen und das entstandene System an aktuelle Entwicklungen anzupassen. Die von ihnen getroffenen Entscheidungen sind für Krankenhäuser und Krankenkassen bei der Vereinbarung von Versorgungsverträgen verbindlich. Die Vertragsparteien auf Landesebene können zwar noch die Höhe des Basisfallwerts – und auch dies nur unter Beachtung weiterer gesetzlicher Vorschriften, allen voran des Grundsatzes der Beitragssatzstabilität – vereinbaren, aber nicht die Bewertungsrelationen verändern.

Bei der Vergütung ambulanter Leistungen wird ein ähnlicher Zentralisierungstrend deutlich. Hier haben mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz 2007 die Kassenärztliche Bundesvereinigung und

der GKV-Spitzenverband bundeseinheitliche Grundsätze für die Vergütung vertragsärztlicher Leistungen zu verabschieden, von denen die Krankenkassen, die KVen und andere ärztliche Vertragsparteien auf Landesebene nur noch unter besonderen Bedingungen abweichen können. Die vergütungspolitischen Handlungsspielräume auf der Meso- und Mikroebene der Vertragspolitik haben sich damit deutlich verringert. Für regionale Besonderheiten in der Vergütung vertragsärztlicher oder stationärer Leistungen ist nur noch wenig Platz. Hinzu kommen die oben erwähnten Vorgaben für die finanziellen Rahmenbedingungen und die Anforderungen an die Qualitätssicherung, die ebenfalls auf Bundesebene einheitlich und verbindlich verabschiedet werden.

Der Bedeutungszuwachs des Bundes erwächst aber nicht allein aus der wachsenden Zahl bundeseinheitlicher Vorgaben für die Selbstverwaltung in der GKV. Mit der Kompetenzausweitung bisheriger und der Schaffung neuer Institutionen auf Bundesebene steigt zugleich die Bedeutung des BMG als Aufsicht führender Behörde. Der Bedeutungszuwachs des Bundes ist z.T. aber auch eine unbeabsichtigte – wenngleich nicht unwillkommene – Nebenfolge des Wandels in der Kassenlandschaft. Denn durch Fusionen und Expansionen haben sich zahlreiche Krankenkassen von landesunmittelbaren in bundesunmittelbare Körperschaften verwandelt, so dass die Rechtsaufsicht über diese Krankenkassen von den Ländern auf den Bund übergeht.⁹ Als Folge des Wandels im GKV-System hat die Aufsicht der Länderbehörden über die Körperschaften des öffentlichen Rechts in der GKV in den letzten Jahren einen deutlichen Funktionsverlust erlitten.¹⁰ Da im Zeichen des Kassenwettbewerbs mit weiteren Fusionen zu rechnen ist, dürfte die Zahl der landesunmittelbaren Krankenkassen und mit ihr die Bedeutung der Länderaufsicht in den nächsten Jahren weiter sinken. Die Länder selbst sehen darin einen deutlichen Verlust ihrer gesundheitspolitischen Gestaltungsmöglichkeiten (ASMK-Projektgruppe 2005: Fn. 35) und fordern eine Stärkung ihrer Kompetenzen bei der Gewährleistung der medizinischen Versorgung (Gesundheitsministerkonferenz 2011).

Die mit der Zentralisierung verbundene Vereinheitlichung in der GKV wurde auch durch die 2007 verabschiedete Organisationsreform vorangetrieben (Pressel 2010). Mit ihr wurden nicht nur kassenartenübergreifende Fusionen ermöglicht, sondern die sieben Spitzenverbände der Krankenkassen auch ihres öffentlich-rechtlichen Status beraubt und durch einen einheitlichen GKV-Spitzenverband auf Bundesebene ersetzt. Als Körperschaften öffentlichen Rechts verfasste Kassenarten sind in Zeiten des Wettbewerbs anachronistisch geworden.

6. Funktionswandel und Beharrungskraft der gemeinsamen Selbstverwaltung

Die Beharrungskraft korporatistischer Institutionen und Regelungen im Rahmen der gemeinsamen Selbstverwaltung mutet in einem von wettbewerblichem Umbau geprägten Politikfeld zunächst befremdlich an. Dass die Etablierung einer Wettbewerbsordnung ein hohes Maß an politischer (Re-)Regulierung erfordert, ist oben bereits erläutert worden. Erklärungsbedürftig ist in diesem Zusammenhang aber, warum der Gesetzgeber sich dabei weiterhin der gemeinsamen Selbstverwaltung bedient und nicht die staatlichen Exekutivorgane – Ministerien und die ihnen zugeordneten Behörden – mit derartigen Aufgaben betraut. Folgende Gründe sollen hier hervorgehoben werden:

1. Ideologische Motive und eine weit verbreitete Anti-Staats-Rhetorik stabilisieren die Position der gemeinsamen Selbstverwaltung. Die Wahrnehmung von Steuerungsaufgaben durch die gemeinsame Selbstverwaltung erscheint häufig als Ausdruck staatsfernen, zivilgesellschaftlichen Engagements (z.B. CDU/CSU 2009: 33f.). In dieser Hinsicht wird die gemeinsame Selbstverwaltung von einem überparteilichen Konsens getragen. Bei Konservativen und Liberalen kommt noch das Bestreben hinzu, durch das Festhalten an der gemeinsamen Selbstverwaltung den mit ihnen klientelistisch verbundenen Leistungsanbietern, insbesondere niedergelassenen Ärzten, Spielräume zur Durchsetzung ihrer Interessen zu verschaffen – ein Motiv, das bei SPD und Grünen eher schwächer ausgeprägt sein dürfte. Diese Differenz kam u.a. 2003 in dem erwähnten Konflikt über den Charakter eines zu schaffenden Instituts für Qualitätssicherung zum Ausdruck und stellt den Hintergrund dar für das aktuelle Vorhaben der schwarz-gelben Koalition, in partieller Revision vorangegangener Gesetzgebung die Position der KVen in der gemeinsamen Selbstverwaltung wieder zu stärken (siehe Abschnitt 7).
2. Die Erfüllung zahlreicher Steuerungsaufgaben erfordert ein hohes Maß an Expertenwissen, das in vielen Fällen in den beteiligten Verbänden, nicht aber in den zuständigen Ministerialbürokratien oder in den Parteien vorhanden ist. Dies gilt etwa für die Feststellung des Nutzens und der Wirtschaftlichkeit medizinischer Leistungen, für die Definition von Qualitätsstandards in der medizinischen Versorgung, für die ökonomische Bewertung medizinischer Leistungen und von Versorgungsprozessen. Insofern ist der Staat bei der Feinsteuerung des Gesundheitswesens auf das bei den Akteuren der gemeinsamen Selbstverwaltung akkumulierte Wissen angewiesen.

3. In Deutschland wie in anderen entwickelten kapitalistischen Staaten gehört der Anspruch auf eine angemessene medizinische Versorgung zum Kernbestand der Wohlfahrtskulturen (Ullrich 2000; Wendt 2009). Restriktionen bei der öffentlichen Finanzierung gesundheitlicher Leistungen bergen daher für die betreffenden Regierungen erhebliche Legitimationsrisiken. Durch die Delegation entsprechender Entscheidungskompetenzen an Gremien wie den GBA lassen sich derartige Legitimationsrisiken verringern, denn diese Gremien agieren zumeist jenseits des Scheinwerferlichts der Öffentlichkeit und sind generell gegenüber Legitimationsrisiken unempfindlicher als Parteien, Regierungen und Parlamente.¹¹

Darüber hinaus eignen sich insbesondere die gesetzlichen Krankenkassen aus Sicht der Politik auch sehr gut, wenn es gilt, bei Fehlsteuerungen Legitimationsrisiken für die verantwortlichen Parteien zu vermeiden. Deutlich wurde dies z.B. im Konflikt um den Umgang mit den Versicherten der insolventen City BKK. Einige Kassen hatten eine Aufnahme dieser Versicherten bekanntlich zu verhindern versucht, weil es sich bei ihnen häufig um „schlechte Risiken“ handelt, die trotz eines morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs die Haushalte der Krankenkassen belasten und die Gefahr einer Erhebung von Zusatzbeiträgen erhöhen würden. Dies bot dem neuen Gesundheitsminister Bahr die Gelegenheit, die Krankenkassen dafür anzuprangern, um dahinter zu verbergen, dass es genau die von CDU/CSU über FDP bis hin zur SPD und zu Bündnis 90/Die Grünen mit der etablierten Wettbewerbsordnung geschaffenen Anreize waren, welche die Kassen zu eben diesem Verhalten veranlasst hatten. Freilich konnten die Kassen diesen Zusammenhang als vehemente Befürworter des Wettbewerbs selbst nicht thematisieren, sondern mussten kleinlaut Selbstkritik üben und Besserung geloben. Dies wiederum machte sie in diesem Konflikt in ihrer Funktion als Blitzableiter für die politischen Entscheidungsträger umso wertvoller.

4. Die Alternative einer vollständigen oder weit reichenden Liberalisierung der Vertragsbeziehungen – etwa analog zur PKV – mag aus ideologischen oder klientelpolitischen Motiven zumindest für Teile der schwarz-gelben Koalition attraktiv sein. Allerdings birgt sie für sie auch nicht unerhebliche Risiken. Zum einen bestehen diese Risiken in den sozialen Schieflagen und den Folgen für den Zugang der Bevölkerung zu einer wohnortnahen und hochwertigen Versorgung, die ein liberalisiertes und privatisiertes Gesundheitssystem mit sich bringen würde. Zum anderen bestehen Risiken aber auch im Hin-

blick auf die mit einer Liberalisierung verbundenen Interessenkonflikte und deren Regulierung. Unwägbar wären die Mechanismen der Konfliktbewältigung, wenn die beteiligten Akteure gleichsam als freie Verbände ihre Interessen durchzusetzen versuchten. Demgegenüber hat die öffentlich-rechtliche Einbindung von Ärzten und Krankenkassen in der gemeinsamen Selbstverwaltung bisher dazu beigetragen, Konflikte zwischen den beteiligten Akteuren zu domestizieren – und dies, ohne dem Umbau der vergangenen zwanzig Jahre in Richtung auf Wettbewerb und Privatisierung von Kosten im Wege zu stehen. Insofern stellt das Modell der gemeinsamen Selbstverwaltung einen Konfliktlösungsmechanismus bereit, der aus der Sicht auch von Konservativen und Liberalen manche Risiken vermeidet, die mit durchgängig liberalisierten Vertragsbeziehungen verbunden wären.

7. Macht schwarz-gelb einen Unterschied?

Der inkrementelle Umbau der GKV in Richtung auf ein System des regulierten Wettbewerbs wurde in den vergangenen zwei Jahrzehnten in allen Regierungskonstellationen recht kontinuierlich – wenn auch mit unterschiedlichen Akzenten – fortgesetzt. Die Zusammensetzung der Regierungskoalitionen auf Bundesebene war für die Ausrichtung der Gesundheitspolitik zwar nicht bedeutungslos, aber entscheidende Kehrtwendungen sind ausgeblieben, auch nach den Regierungswechseln 1998 und 2005. Dies ist nicht nur auf den starken, parteipolitische Differenzen nivellierenden Einfluss der Verbände und auf die mit der föderalen Ordnung einhergehenden Kompromisszwänge zurückzuführen. Darüber hinaus lässt sich in wichtigen Eckpunkten der Gesundheitspolitik eine grundsätzliche Übereinstimmung zwischen den Parteien, die seit dieser Zeit an der Regierung im Bund beteiligt waren, feststellen.¹² Sie erstreckt sich auf zentrale Ziele (Beitragssatzstabilität, Effizienzsteigerung) und Steuerungsinstrumente der Gesundheitspolitik (Wettbewerb, Vergütungsreform im Krankenhaus), also auf Kernelemente des Paradigmenwechsels der frühen 1990er Jahre. Inwiefern gibt es eine solche Übereinstimmung auch im Hinblick auf die Gestalt und die Rolle der gemeinsamen Selbstverwaltung? Und in welchem Verhältnis stehen die Vorhaben der schwarz-gelben Koalition zur bisherigen Gesundheitspolitik auf diesem Handlungsfeld?

Die einschlägigen programmatischen Einlassungen von CDU, CSU und FDP sind in dieser Hinsicht wenig aussagekräftig. Allerdings geben die Formulierungen des Koalitionsvertrags (CDU et al. 2009) bereits

einigen Aufschluss über die Vorhaben der Regierungsparteien. Darin bekennen sie sich zur Bewahrung des Selbstverwaltungsprinzips, kündigen zugleich aber auch an – wie es heißt –, die Selbstverwaltung modernen Bedingungen anzupassen, den KVen mehr Spielräume in der Vertrags-, insbesondere in der Honorarpolitik zu geben, die Vertretung der Arbeitgeber auf die Verwaltungsräte aller Krankenkassen auszudehnen sowie die Aufgaben des GKV-Spitzenverbandes auf die Handlungsfelder zu konzentrieren, die gemeinsam und einheitlich wahrgenommen werden müssen (CDU et al. 2009: 93).

Der von der Bundesregierung am 3.8.2011 beschlossene „Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstrukturgesetz – GKV-VStG)“ (Bundesregierung 2011) beinhaltet denn auch in der Tat einige Vorhaben, welche die Gestalt und die Stellung der gemeinsamen Selbstverwaltung im Steuerungssystem der GKV betreffen. Er verdeutlicht, dass die schwarz-gelbe Koalition am Leitbild eines regulierten Wettbewerbs und an der wettbewerbspolitischen Indienstnahme der gemeinsamen Selbstverwaltung festhält. Zeigt sich auf der einen Seite also eine Kontinuität zu den vorangegangenen Reformen, so nimmt dieser Gesetzentwurf auf der anderen Seite in mehrfacher Hinsicht Richtungsänderungen vor. Sie beziehen sich auf:

- a) die Akteursbeziehungen innerhalb der gemeinsamen Selbstverwaltung;
- b) das Verhältnis von Staat und gemeinsamer Selbstverwaltung;
- c) das Verhältnis von Bundes- und Landesebene bei der Steuerung der gemeinsamen Selbstverwaltung.

a) Akteursbeziehungen innerhalb der gemeinsamen Selbstverwaltung

Der Gesetzentwurf der Bundesregierung sieht z.T. erhebliche Veränderungen an der Verteilung der Regulierungskompetenzen zwischen KVen und Krankenkassen in der gemeinsamen Selbstverwaltung vor. Von besonderer Bedeutung sind Regelungen, mit denen die Durchsetzungsfähigkeit der KVen bei der Vereinbarung und Verteilung der Gesamtvergütung erhöht werden sollen. In der vertragsärztlichen Versorgung müssen sich die KVen bisher – seit 2004 – mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich auf den regionalen Honorarverteilungsmaßstab verständigen (§ 85 Abs. 4 SGB V). Dies gilt auch für die vertragszahnärztliche Versorgung und die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen (KZVen). Nunmehr soll dieser Einigungszwang entfallen und sollen sich die KVen mit den Krankenkassen im Bewertungsausschuss darüber lediglich ins „Benehmen“ setzen

(Bundesregierung 2011: 15f., 20, 69, 97, 103ff. – § 85 Abs. 4 SGB V, § 87b Abs. 1 SGB V - neu). Damit würden die KVen den Honorarverteilungsmaßstab künftig wieder allein festsetzen können und müssten sie die Verbände der Krankenkassen bzw. die Krankenkassen nur noch informieren. Den Krankenkassen würde damit ein bedeutendes Instrument zur Steuerung der vertragsärztlichen Versorgungskapazitäten und des ärztlichen Leistungsgeschehens aus der Hand genommen.

Noch weiter gehen die Veränderungen in der vertragszahnärztlichen Versorgung. Hier wird der bisherige Vorrang des Grundsatzes der Beitragssatzstabilität aufgegeben und soll dieses Ziel künftig nur noch gleichberechtigt neben anderen Kriterien (wie z.B. der Zahl und der Zusammensetzung der Versicherten) berücksichtigt werden (Bundesregierung 2011: 15f., 69, 95 – § 85 Abs. 3 SGB V). Die Vertragsparteien in der vertragszahnärztlichen Versorgung sollen demzufolge auch nicht mehr verpflichtet werden, prospektive Maßnahmen gegen eine Überschreitung der Gesamtvergütung zu vereinbaren, sondern sollen sich auch nach deren Überschreitung darüber verständigen können, ob und wie sie auf die eingetretene Situation reagieren (Bundesregierung 2011: 14, 93 – § 85 Abs. 2 SGB V - neu). Mit einer Umsetzung dieser Regelungen verlören die Krankenkassen in den Honorarverhandlungen den bisherigen gesetzlichen Rückhalt bei der Vereinbarung der Gesamtvergütung und würden ihre Chancen zur Durchsetzung angemessene Honorarbegrenzungen geschwächt. Den KZVen würde es erleichtert, über dem Anstieg der Grundlohnsumme liegende Honorarzuwächse durchzusetzen.

Die genannten Bestimmungen stellen eine deutliche Parteinahme zugunsten der Ärzteschaft dar. Der in den zurückliegenden Jahren zu beobachtende Trend zu einer moderaten Stärkung der Krankenkassen würde auf diese Weise umgekehrt werden. Für die Versicherten würden diese Maßnahmen vermutlich höhere Zusatzbeiträge nach sich ziehen. Damit werden auch die Konsequenzen dem mit dem GKV-WSG 2007 implizit und mit der GKV-Finanzierungsreform 2010 explizit eingeführten Einfrieren des Arbeitgeberbeitragsatzes deutlich: Nun kann der Grundsatz der Beitragssatzstabilität in den Hintergrund treten, weil die Arbeitgeber sich nicht mehr an entstehenden Ausgabenüberhängen beteiligen müssen, sondern ausschließlich die Versicherten diese Last zu tragen haben werden.

b) Verhältnis von Staat und gemeinsamer Selbstverwaltung

Verschiedene Bestimmungen des vorgesehenen GKV-Versorgungsstrukturgesetzes betreffen auch das Verhältnis von Staat und gemeinsamer Selbstverwaltung. Sie weisen in unterschiedliche Richtungen. Eine Reihe von Bestimmungen beinhaltet eine stärkere Beteiligung staatlicher

Einrichtungen an ihren Entscheidungen bzw. läuft auf eine stärkere Kontrolle der gemeinsamen Selbstverwaltung durch staatliche Instanzen hinaus. So werden den Ländern erweiterte Mitgestaltungsrechte, vor allem bei der Bedarfsplanung, zugewiesen: zum einen erhalten sie im GBA ein Mitberatungsrecht bei der Entscheidung über Bedarfsplanungsrichtlinien (Bundesregierung 2011: 25, 67, 71, 112f. – § 92 Abs. 7e SGB V - neu); zum anderen sollen die KVen und die Landesverbände der Krankenkassen den zuständigen Landesbehörden den gemeinsam vereinbarten Bedarfsplan zur vertragsärztlichen Versorgung vorlegen müssen und die Landesbehörden ein Beanstandungsrecht erhalten (Bundesregierung 2011: 27, 67 – § 99 Abs. 1 SGB V - neu). Darüber hinaus will die Regierungskoalition den Akteuren der gemeinsamen Selbstverwaltung eine Reihe von Informationspflichten gegenüber den zuständigen Landesbehörden auferlegen (z.B. zur Informationen über geschlossene Verträge zur hausarztzentrierten Versorgung, soweit sie die Versorgung im jeweiligen Bundesland betreffen). Schließlich sollen die Länder ein Mitberatungsrecht bei Sitzungen des jeweiligen Landesausschusses der Ärzte und Krankenkassen und analog zum BMG auf Bundesebene die Rechtsaufsicht über den jeweiligen Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen (einschließlich eines Ersatzvornahmerechts) erhalten (BMG: 2011: 22, 67, 106ff. – § 90 Abs. 4-6 SGB V - neu). Diese Bestimmungen sind eine Reaktion auf die Klagen der Länder über schwindende Gestaltungsmöglichkeiten in der Gesundheitspolitik, aber auch auf die in den letzten Jahren deutlich gewordenen Schwierigkeiten der gemeinsamen Selbstverwaltung, auch in ländlichen Regionen eine wohnortnahe Versorgung zu gewährleisten.

Auch der GBA bleibt nicht ganz unberührt von diesem Trend zur Erweiterung staatlicher Mitwirkungsmöglichkeiten bei Aufgaben der gemeinsamen Selbstverwaltung. So soll die Bestellung der unparteiischen Mitglieder des GBA, die weiterhin von den Bänken der Krankenkassen und der Leistungserbringer vorgeschlagen werden, künftig einem Zustimmungsvorbehalt durch den Gesundheitsausschuss des Bundestages unterliegen. Demzufolge soll der Gesundheitsausschuss die vorgeschlagenen Personen mit einer Zweidrittelmehrheit ablehnen können (Bundesregierung 2011: 22f., 108 – § 91 Abs. 2 SGB V - neu). Auf diese Weise soll die Neutralität der Unparteiischen gewährleistet und die demokratische Legitimation des GBA gestärkt werden.

Im Unterschied zu diesen Maßnahmen stellt der unter a) erwähnte Verzicht auf den Vorrang der Beitragssatzstabilität in der vertragszahnärztlichen Versorgung eine Rücknahme von Vorgaben für die gemeinsame Selbstverwaltung dar. Allerdings ist dies wohl kaum durch die

prinzipielle Orientierung an einer staatsfernen Selbstverwaltung motiviert, sondern eher durch das Bestreben, die Durchsetzungsfähigkeit von KZVen gegenüber den Krankenkassen in der gemeinsamen Selbstverwaltung zu stärken.

c) Verhältnis von Bundes- und Landesebene bei der Steuerung der gemeinsamen Selbstverwaltung

Mit den unter b) aufgeführten Rechten erhalten die obersten Landesbehörden gegenüber dem Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen ähnliche Aufsichtsrechte wie das BMG gegenüber dem GBA. Im Vergleich zum Status quo stellt dies eine Kompetenzerweiterung für staatliche Behörden dar. Zugleich erfährt auch innerhalb der gemeinsamen Selbstverwaltung die Landesebene partiell eine Stärkung. So wird dem gemeinsam von Krankenkassen und KVen getragenen Bewertungsausschuss die Kompetenz zur verbindlichen Vorgabe bundesweiter Orientierungswerte (Punktwerte) für die vertragsärztliche Vergütung entzogen (Bundesregierung 2011: 18f., 100ff. – § 87a Abs. 3 und 5 SGB V - neu). Die Bundesregierung rechtfertigt dies damit, dass auf diese Weise den KVen und Krankenkassen auf regionaler Ebene mehr Spielräume gegeben werden sollen, mit Hilfe finanzieller Anreize einer Unterversorgung entgegenzuwirken. Allerdings sind auch schon auf der Basis des bestehenden Vergütungsrechts solche Zuschläge – ebenso wie Abschläge bei Überversorgung – vorgesehen (§ 87 Abs. 2e SGB V). Es ist davon auszugehen, dass ein leitendes Motiv bei der beabsichtigten Lockerung des bundesweiten vertragsärztlichen Vergütungsrahmens in den Wünschen finanzstarker unionsregierter Länder, vor allem Bayerns, liegt, den dort ansässigen Ärzten die Durchsetzung kräftiger Honorarerhöhungen zu erleichtern, nachdem sie aufgrund der Einführung des Gesundheitsfonds und bundeseinheitlicher Orientierungswerte nur unterdurchschnittliche Honorarsteigerungen hatten erzielen können.

Anzeichen, dass die schwarz-gelbe Koalition mit diesen Vorhaben eine grundsätzliche Abkehr von den oben beschriebenen Zentralisierungstendenzen einzuleiten beabsichtigt, lassen sich nicht erkennen. Eher handelt es sich dabei um einzelfallbezogene Instrumente, die zur Verfolgung spezifischer Politikziele eingesetzt werden. Die Stärkung der obersten Behörden der Länder ist eine Antwort auf die entstandenen Versorgungsmängel vor allem in ländlichen Regionen. Offenkundig ist damit die Erwartung verbunden, dass sie die Akteure der gemeinsamen Selbstverwaltung dazu anhalten, regionalen Versorgungsbedarfen besser Rechnung zu tragen. Die Öffnung des vertragsärztlichen Vergütungssystems für eine stärkere Regionalisierung soll Spielräume für die Steue-

rung ärztlicher Niederlassung schaffen, dient aber auch dazu, Interessen in der Ärzteschaft zu bedienen.

8. Fazit

Die gemeinsame Selbstverwaltung wurde in den vergangenen zwei Jahrzehnten mit der Einführung wettbewerbsorientierter Reformen in der gesetzlichen Krankenversicherung einem vielgestaltigen Umbau unterzogen: kollektivvertragliche Regelungen unterliegen erstens auf der Meso-Ebene einem Erosionsprozess und werden zunehmend durch Wettbewerbsbeziehungen auf der Mikro-Ebene ersetzt; auf Bundesebene differenziert sich zweitens das Institutionensystem der gemeinsamen Selbstverwaltung weiter aus und es werden die Gremien der gemeinsamen Selbstverwaltung drittens mit einer wachsenden Zahl von Aufgaben betraut; dabei schränkt der Gesetzgeber viertens Handlungsspielräume der gemeinsamen Selbstverwaltung zunehmend ein; fünftens wird sie weitgehend auf die Funktion der Ausformulierung von Rahmenbedingungen für die im Aufbau befindliche Wettbewerbsordnung in der GKV beschränkt.

Die gemeinsame Selbstverwaltung fand und findet trotz mancher Kritik parteiübergreifenden Rückhalt. Die Gründe dafür sind vielschichtig: Unter den Vorzeichen einer Anti-Staats-Rhetorik gilt sie vielen als Beispiel für eine gelungene zivilgesellschaftliche Regulierung eines Politikfeldes; sie stellt Steuerungsressourcen bereit, über die staatliche Akteure selbst nicht in hinreichendem Maße verfügen; sie hilft, Kritik an Fehlentwicklungen oder unpopulären Entscheidungen von den politischen Entscheidungsträgern abzulenken und Legitimationsrisiken zu vermeiden; mit ihr sind aus der Sicht politischer Entscheidungsträger im Großen und Ganzen recht effiziente Konfliktlösungsmechanismen verbunden.

Die schwarz-gelbe Koalition hält an der Orientierung auf einen regulierten Wettbewerb in der GKV fest, ebenso an der skizzierten Funktionszuschreibung der gemeinsamen Selbstverwaltung und deren Einbettung in der Regulierungssystem der GKV. Insofern steht sie in Kontinuität zur Gesundheitspolitik der Vorgängerregierungen. Allerdings sieht der Entwurf für ein Versorgungsstrukturgesetz mit Blick auf die Stellung der gemeinsamen Selbstverwaltung auf einigen Handlungsfeldern auch Richtungsänderungen vor. So sollen die KVen und KZVen gegenüber den Krankenkassen aus klientelpolitischen Motiven vor allem in der Vergütungspolitik gestärkt werden. In diesem Zusammenhang beabsichtigt die Koalition auch, gesetzliche Vorgaben zur Ausgabenbegren-

zung in der vertrags(zahn)ärztlichen Versorgung zu lockern. Gleichzeitig will sie die Kompetenzen der obersten Landesbehörden gegenüber der gemeinsamen Selbstverwaltung auf Landesebene erweitern und den bundeseinheitlichen Orientierungsrahmen in der vertragsärztlichen Vergütung lockern. Allerdings gibt es keine Anzeichen dafür, dass die schwarz-gelbe Koalition das Ziel einer grundsätzlichen Abkehr von den vorangegangenen Zentralisierungstendenzen in der GKV verfolgt.

Korrespondenzadresse:

Prof. Dr. Dr. Thomas Gerlinger
Arbeitsgruppe Gesundheitssysteme, Gesundheitspolitik und
Gesundheitssoziologie
Fakultät für Gesundheitswissenschaften
Universität Bielefeld
Postfach 10 01 31
33501 Bielefeld
thomas.gerlinger@uni-bielefeld.de

Anmerkungen

- 1 Im Folgenden soll es ausschließlich um die gemeinsame Selbstverwaltung in der GKV gehen, also um jenes Regulierungs- und Akteurssystem, das im Auftrag des Gesetzgebers und unter Aufsicht der staatlichen Exekutive die gesetzlichen Rahmenvorgaben zur GKV konkretisiert. Die Selbstverwaltung der Krankenkassen durch Versicherte und Arbeitgeber ist nicht Gegenstand dieses Beitrags.
- 2 Primärkassen sind die bei der Errichtung der gesetzlichen Krankenversicherung als berufsständische Pflichtversicherungen definierten Krankenkassen. Dazu zählen u.a. die Ortskrankenkassen, die Betriebskrankenkassen und die Innungskrankenkassen, hingegen nicht die Ersatzkassen. Die Primärkassen bilden zusammen mit den Ersatzkassen die gesetzliche Krankenversicherung. Mit der Einführung der freien Kassenwahl ist die Trennung in Primär- und Ersatzkassen obsolet geworden.
- 3 Als Staat werden im Folgenden die jeweils zuständigen legislativen und exekutiven Institutionen des Bundes und der Länder bezeichnet. Davon wird hier – vor allem aus pragmatischen Gründen – die gemeinsame Selbstverwaltung der Ärzte und Krankenkassen unterschieden. Die Steuerung der GKV erfolgt bekanntlich in einem System hierarchisch gestaffelter Kompetenzen. Die staatlichen Organe erlassen gesetzliche Rahmenvorgaben und delegieren Kompetenzen an die Institutionen der Selbstverwaltung, bei denen es sich zumeist um staatlicherseits geschaffene und mit dem Status einer Körperschaft öffentlichen Rechts versehene Organisationen handelt (die Mehrzahl der Krankenkassen, die Kassenärztlichen Vereinigungen), zum Teil aber auch um privatrechtlich verfasste Organisationen (z.B. die Deutsche Krankengesellschaft). Diese füllen den staatlicherseits vorgegebenen Rahmen durch Kollektivverhandlungen und Kollektivverträge aus („Korporatismus“). In dieser Funktion unterliegen sie selbst wieder der staatlichen Aufsicht. Die vereinbarten Vertragsinhalte sind für die vertretenen Gruppen (Vertragsärzte, Versicherte) ver-

- bindlich. Die gemeinsame Selbstverwaltung setzt also selbst kollektiv-verbindliches, untergesetzliches Recht und ist daher selbst Teil des Staates. Dabei sind die Institutionen der gemeinsamen Selbstverwaltung – anders als Bundesoberbehörden und die obersten Behörden der Länder – fachlich unabhängig. Verwaltungsrechtlich kommt dies darin zum Ausdruck, dass sich die staatlichen Behörden auf die Rechtsaufsicht beschränken. Das Bundesverfassungsgericht bezeichnet die Selbstverwaltung in der GKV denn auch als „mittelbare Staatsverwaltung“ (Riedel/Derpa 2002).
- 4 Claus Offe bringt die Funktion solcher prozeduralen Steuerungsformen folgendermaßen auf den Punkt: „Ein zusätzlicher Selektionsmechanismus besteht in den institutionalisierten Verfahren der Politik-Formulierung und ihrer Implementierung. Formale Regelstrukturen [...] sind niemals bloße prozedurale Formalismen, sondern sie präjudizieren als solche den möglichen Inhalt bzw. das mögliche Resultat des jeweiligen Prozesses. Sie tun das, indem sie bestimmte Politikinhalte mit erhöhten Durchsetzungschancen ausstatten, bestimmten Interessen einen Vorsprung einräumen [...]. Jede prozedurale Regel schafft Begünstigungs- und umgekehrt Ausschließungsverhältnisse für bestimmte Themen, Gruppen oder Interessen.“ (Offe 1975: 80)
 - 5 Es gibt einige Hinweise, dass die Rationierung medizinischer Leistungen bereits in den Versorgungsalltag Einzug gehalten hat (z.B. Strech et al. 2009). Exakt quantifizieren lässt sich dies nicht, aber es ist davon auszugehen, dass es sich um kein zu vernachlässigendes Problem handelt.
 - 6 Damit ist freilich nichts darüber gesagt, ob sich diese Instrumente auch dazu eignen, politisch unerwünschten Folgen (Rationierung von Leistungen, wachsende Ungleichheit beim Zugang zu Gesundheitsleistungen, partiell: nicht indizierte Mengenausweitungen) wirkungsvoll entgegenzutreten. Diese Frage kann in diesem Rahmen nicht erörtert werden.
 - 7 Zunächst war ein „Deutsches Zentrum für die Qualität in der Medizin“ geplant, das unabhängig von den Institutionen der gemeinsamen Selbstverwaltung sein sollte (Deutscher Bundestag 2003: 29, 57, 105ff.). Allerdings ließ sich dies gegenüber der Union, auf die man bei der Verabschiedung der Reform angewiesen war, nicht durchsetzen. So kam es zu einer recht engen Anbindung des IQWiG an den GBA. Die Begrenzung seiner Eigenständigkeit findet ihren Ausdruck vor allem in der Vorgabe, bei der Bewertung von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden nur im Auftrag des GBA oder des BMG tätig werden zu dürfen (§ 139a SGB V).
 - 8 In diese Entwicklung fügt sich auch die dem BMG mit der Gesundheitsreform 2007 zugewiesene Befugnis ein, bei der Prüfung der GBA-Richtlinien und -Entscheidungen „zusätzliche Informationen und ergänzende Stellungnahmen“ (§ 94 Abs. 1 SGB V) – möglicherweise ein Schritt von der Rechtsaufsicht hin zur Fachaufsicht, die der Aufsichtsbehörde generell erweiterte Interventionsmöglichkeiten verschaffen würde.
 - 9 Zu den bundesunmittelbaren Krankenkassen zählen solche Kassen, deren Tätigkeitsbereich sich über mehr als ein Bundesland erstreckt. Bei Krankenkassen mit einer Präsenz in nicht mehr als drei Ländern kann die Aufsicht auf Landesebene verbleiben, wenn die betroffenen Länder sich auf ein Aufsicht führendes Land verständigen (Art. 87 Abs. 2 GG). Sobald sich der Tätigkeitsbereich einer Krankenkasse auf mindestens vier Bundesländer erstreckt, ist für ihre Aufsicht also in jedem Fall der Bund zuständig.
 - 10 Nach einer Zusammenstellung der Projektgruppe der Arbeits- und Sozialministerkonferenz ging allein zwischen 1998 und dem ersten Quartal 2005 der Anteil der von der

Länderaufsicht erfassten gesetzlich Krankenversicherten von 49,5 auf 43,6 Prozent zurück. Bezogen auf die Zahl der Krankenkassen, sank der Anteil sogar noch stärker, nämlich von 57,9 auf 47,0 Prozent (ASMK-Projektgruppe 2005: 13).

- 11 So stand die Aufwertung des damaligen Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen bei der Überprüfung und Definition des Leistungskatalogs im Jahr 1997 in einem unmittelbaren Zusammenhang mit den zuvor gescheiterten Bemühungen der konservativ-liberalen Koalition, einige Leistungen der Krankenkassen als Gestaltungsleistungen aus der paritätischen Finanzierung auszugliedern (Urban 2001). Zum einen entlasten Entscheidungen über den Leistungskatalog durch den GBA den Gesetzgeber von der riskanten Aufgabe, selbst politische Entscheidungen über den Leistungskatalog zu treffen; zum anderen kann der GBA seine Entscheidungen leichter als rein sachlich gebotene Entscheidungen präsentieren, weil er sie mit dem Verweis auf die vorliegende wissenschaftliche Evidenz begründet werden (vgl. zur Wissenschaft als politischer Legitimationsressource: Weingart 2001). Dahinter bleibt freilich verborgen, dass derartige Entscheidungen nicht ohne – zumeist intransparent bleibende – Werturteile möglich (Strech 2010) und in vielen Fällen Ergebnis interessengeleiteter Aushandlungsprozesse sind (Gerlinger/Schmucker 2011).
- 12 Davon auszunehmen ist am ehesten die FDP, weil ihre Forderung nach einer Privatisierung der Krankenversicherung (siehe hierzu den Beitrag von Gerlinger/Simon in diesem Band) konkrete Vorschläge zur Reformen in der gesetzlichen Krankenversicherung in den Hintergrund treten lässt.

Literatur

- ASMK-Projektgruppe 2005: Föderalismus und gesetzliche Kranken- und Pflegeversicherung – Abschlussbericht der ASMK-Projektgruppe –, Berlin (Typoskript).
- Bundesregierung (2011): Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstrukturgesetz – GKV-VStG), Kabinettsbeschluss v. 03.08.2011. http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Downloads/V/Versorgungsstrukturgesetz/GKV_VStG_110803.pdf (Abruf: 07.08.2011).
- CDU/CSU (2009): Wir haben die Kraft. Regierungsprogramm 2009-2013, verabschiedet in einer gemeinsamen Sitzung des Bundesvorstands der CDU und des Parteivorstandes der CSU, Berlin, 28. Juni 2009.
- CDU; CSU; FDP (2009): Wachstum, Bildung, Zusammenhalt. Der Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und FDP. Berlin.
- Deutscher Bundestag (2003): Drucksache 15/1170 vom 16. 06. 2003: Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN, Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung des Gesundheitssystems (Gesundheitssystemmodernisierungsgesetz – GMG). Berlin: Deutscher Bundestag.
- Deutscher Bundestag (2006): Drucksache 16/3100 vom 24.10.2006: Gesetzentwurf der Fraktionen der CDU/CSU und SPD, Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz – GKV-WSG). Berlin: Deutscher Bundestag.
- Döhler, M. (2002): Gesundheitspolitik in der Verhandlungsdemokratie. In: Gellner, W.; Schön, M. (Hrsg.): Paradigmenwechsel in der Gesundheitspolitik? Baden-Baden: Nomos, 25-39.

- Döhler, M.; Manow, P. (1997): Strukturbildung von Politikfeldern. Das Beispiel bundesdeutscher Gesundheitspolitik seit den fünfziger Jahren. Opladen: Leske + Budrich.
- Ebsen, I. (2005): Föderalismus und Sozialversicherung. *Gesundheit & Gesellschaft – Wissenschaft* 5, 4: 7-14.
- Enquête-Kommission des 11. Deutschen Bundestages (1990): *Strukturreform der gesetzlichen Krankenversicherung*, 2 Bde. Bonn: Deutscher Bundestag.
- Gerlinger, T. (2002): Zwischen Korporatismus und Wettbewerb: Gesundheitspolitische Steuerung im Wandel (Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung, Arbeitsgruppe Public Health, Discussion Paper P02-204). Berlin: WZB.
- Gerlinger, T. (2008): Wettbewerbsinduzierte Unitarisierung – Der Wandel der Bundesländer-Beziehungen in der Gesundheitspolitik, in: Scheller, H.; Schmid, J. (Hrsg.): *Föderale Politikgestaltung im deutschen Bundesstaat. Variable Verflechtungsmuster in Politikfeldern*. Baden-Baden: Nomos, 242-263.
- Gerlinger, T.; Schmucker, R. (2011): Individuelle Gesundheitsleistungen – Steuerungsprobleme eines wachsenden Versorgungssegments. *Gesundheit & Gesellschaft – Wissenschaft (i.E.)*
- Gesundheitsministerkonferenz (2011): 84. Gesundheitsministerkonferenz 2011/88. Arbeits- und Sozialministerkonferenz 2011, Umlaufbeschluss vom 4.2.2011: Erhalt der Länderzuständigkeiten in der medizinischen Versorgung und in der der Sozialversicherung. http://www.gmkonline.de/_beschluesse/84-GMK_Beschluss_Februar2011_Laenderzustaendigkeiten.pdf
- Kania, H.; Blanke, B. (2000): Von der „Korporatisierung“ zum Wettbewerb. Gesundheitspolitische Kurswechsel in den Neunzigerjahren. In: Czada, R./Wollmann, H. (Hrsg.): *Von der Bonner zur Berliner Republik. 10 Jahre Deutsche Einheit*. Wiesbaden: Westdeutscher Verlag, 567-591.
- Majone, G. (1997): From the Positive to the Regulatory State: Causes and Consequences to Changes in the Mode of Governance. *Journal of Public Policy* 2, 1: 139-167.
- Merten, M.; Gerst, T. (2007): Gemeinsamer Bundesausschuss: Hauptamtlich unparteiisch. *Deutsches Ärzteblatt* 104, 14: A-914-A-916.
- Metzinger, B. (2006): G-BA: Vom Selbstverwaltungsorgan zur staatlichen Regulierungsbehörde. *Die Krankenversicherung* 58, 9: 239-242.
- Offe, C. (1975): *Strukturprobleme des kapitalistischen Staates*, Frankfurt a.M.: Suhrkamp.
- Pressel, H. (2010): Die Veränderung des Organisationsrechts der gesetzlichen Krankenkassen und ihrer Verbände durch die Große Koalition: Entstehung, Bestandsaufnahme und Ausblick. *Zeitschrift für Sozialreform* 56, 3: 347-372.
- Riedel, E.; Derpa, U. (2002): Kompetenzen des Bundes und der Länder im Gesundheitswesen – dargestellt anhand ausgewählter Regelungen im Sozialgesetzbuch, Fünfter Teil (SGB V). Berlin, Heidelberg: Springer-Verlag.
- Rosewitz, B.; Webber, D. (1990): *Reformversuche und Reformblockaden im deutschen Gesundheitswesen*. Frankfurt a.M./New York: Campus.
- Strech, D. (2010): Werturteile in der Evidenzanalyse. Meist intransparent, oft konfliktbehaftet, nie vermeidbar. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen* 104: 168-176.
- Strech, D.; Danis, M.; Löb, M.; Marckmann, G. (2009): Ausmaß und Auswirkungen von Rationierung in deutschen Krankenhäusern. *Ärztliche Einschätzungen aus einer*

- repräsentativen Umfrage. Deutsche Medizinische Wochenschrift 134: 1261-1266.
- Urban, H.-J. (2001): Wettbewerbskorporatistische Regulierung im Politikfeld Gesundheit. Der Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen und die gesundheitspolitische Wende (Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung, Arbeitsgruppe Public Health, Discussion Paper P01-206). Berlin: WZB.
- Vogel, S.K. (1996): Freer Markets, More Rules. Regulatory Reform in Advanced Industrial Countries. Ithaca/London: Cornell University Press.
- Weingart, P. (2001): Die Stunde der Wahrheit? Zum Verhältnis der Wissenschaft zu Politik, Wirtschaft und Medien in der Wissensgesellschaft. Weilerswist: Velbrück Wissenschaft.
- Wendt, C. (2009): Krankenversicherung oder Gesundheitsversorgung? Gesundheitssysteme im Vergleich, 2. Aufl. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.