
Die gemeinsame Selbstverwaltung

Rainer Hess

Selbstverwaltung beinhaltet die Wahrnehmung öffentlicher Angelegenheiten durch diejenigen, die es angeht. Ihre rechtliche Grundstruktur ist die der Körperschaft des öffentlichen Rechts (KdöR). Als Erstes entstand die kommunale Selbstverwaltung als Gegengewicht eines erstarkenden Bürgertums in den Städten gegen die Allmacht von Königen und Fürsten. Ihr folgten berufsständische Selbstverwaltungsstrukturen, wobei in der Bundesrepublik Deutschland wegen der Kompetenzverteilung zwischen Bund und Ländern in Bezug auf das Gesundheitswesen die Heilberufekammern für Apotheker, Ärzte, Zahnärzte und Tierärzte auf Landesebene gebildet wurden. Im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung entstand zunächst die Selbstverwaltung der Krankenkassen und ihrer Verbände, der aber schon bald (1931) die Selbstverwaltung der Kassenärzte als zentraler Vertragspartner gegenübergestellt wurde. Bei all diesen Strukturen der Selbstverwaltung handelt es sich um mittelbare Staatsverwaltung, da alle Gewalt verfassungsrechtlich vom Staatsvolk auszugehen hat und deswegen auch die Selbstverwaltungshoheit von der staatlichen Gewalt abgeleitet sein muss. Dabei ist nur die kommunale Selbstverwaltung in Deutschland durch Art. 28 Abs. 2 GG verfassungsrechtlich geschützt. Alle anderen Selbstverwaltungsstrukturen stehen zur Disposition des einfachen Gesetzgebers.

1. Die gemeinsame Selbstverwaltung

Die gemeinsame Selbstverwaltung kennzeichnet das Vertragsverhältnis zwischen den Krankenkassen und ihren Verbänden auf der einen und den Kassenärztlichen bzw. Kassenzahnärztlichen Vereinigungen (KÄV/KZV) auf der anderen Seite. Es hat sich aus streikähnlichen Auseinandersetzungen zwischen Ärzten und Krankenkassen nach der Wende zum 20. Jahrhundert als „System der gleichlangen Spieße“ entwickelt. Beim Neuaufbau des Gesundheitswesens der Bundesrepublik Deutschland ist dieses System wieder eingeführt und parallel für die vertragszahnärztliche Versorgung übernommen worden; sie wird ebenso wie die vertragspsychotherapeutische Versorgung gesetzlich unter die „vertragsärztliche Versorgung“ gefasst, soweit nicht Besonderheiten spezifisch geregelt sind. Noch heute definiert § 72 Abs. 2 SGB V diese Vertragsverhältnisse wie folgt: „Die vertragsärztliche Versorgung ist im Rahmen der gesetzlichen Vorschriften und der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses durch schriftliche Verträge der Kassenärztlichen Vereinigungen mit den Verbänden der Krankenkassen so zu regeln, dass eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten unter Berücksichtigung des allgemein anerkannten Standes der medizinischen Erkenntnisse gewährleistet ist und die ärztlichen Leistungen angemessen vergütet werden.“ Aus diesem Auftrag an die gemeinsamen Selbstverwaltungen der vertragsärztlichen Versorgung und seiner Ausgestaltung durch normative Verträge (Bundesmantelverträge und Gesamtverträge nach §§ 82, 83 SGB V) leitet sich der gemeinsame Sicherstellungsauftrag von Ärzten und Krankenkassen für die vertragsärztliche Versorgung ab. Der den KÄV/KZV ebenfalls in § 73 SGB V gesetzlich erteilte Sicherstellungsauftrag für die vertragsärztliche Versorgung ist teilweise in diesen gemeinsamen Sicherstellungsauftrag eingebunden, soweit die KÄV/KZV gegenüber den Kranken-

kassen die ordnungsgemäße Durchführung der vertraglich geregelten Versorgung zu gewährleisten haben. Er ist aber auch originär den KÄV/KZV erteilt, soweit sie die Rechte und Pflichten der Vertragsärzte gegenüber den Krankenkassen wahrzunehmen haben (sog. janusköpfige Struktur).

In der stationären Versorgung ist das System der gemeinsamen Selbstverwaltung erst sehr viel später eingeführt worden und weniger stark ausgeprägt. Das gesamte Recht der Krankenhausnutzung und -vergütung ist außerhalb des SGB V in den Krankenhausgesetzen des Bundes (KHG, KHEntgG, BpflV¹) und der Länder (LKHG²) geregelt und umfasst insoweit auch die private Krankenversicherung (PKV). Das SGB V enthält in §§ 107–115 nur ergänzende Regelungen insbesondere zu Vertragskrankenhäusern der Krankenkassen. Die Selbstverwaltung ist auf der Seite der Krankenhäuser auch nicht körperschaftsrechtlich, sondern privatrechtlich ausgestaltet. Die als Vereine gebildeten Landeskrankengesellschaften und die Deutsche Krankengesellschaft sind gesetzlich mit der Wahrnehmung öffentlicher Aufgaben „beliehen“ und auf dieser gesetzlichen Grundlage Vertragspartner öffentlich-rechtlicher Verträge mit den Verbänden der Krankenkassen (§§ 111, 115 SGB V).

1.1 Ambulante ärztliche Versorgung

Die ambulante ärztliche Versorgung hat sich trotz der unverändert gebliebenen Definition des gemeinsamen Sicherstellungsauftrages (s. o.) insbesondere in den letzten zwanzig Jahren in ihren Strukturen erheblich verändert. Grund hierfür ist der 1992 gesetzlich eingeleitete Wettbewerb der Krankenkassen um die Versicherten und die sich ausschließlich in der ambulanten ärztlichen Versorgung auswirkenden selektiven Vertragsabschlüsse der Krankenkassen in den Wahlтарифen nach § 53 SGB V, die sie ihren Versicherten anbieten. In diesen zwanzig Jahren erfolgte eine systematische Teilung der ambulanten ärztlichen Ver-

sorgung in eine hausärztliche und eine fachärztliche Versorgung. Angesichts der ebenfalls seit 1992 an die Entwicklung der beitragspflichtigen Einnahmen der Kassenmitglieder gekoppelten vertragsärztlichen Gesamtvergütung hat ein sich mehr und mehr zuspitzender Verteilungskampf zwischen den Vertragsärzten eingesetzt, der nur durch eine strikte Abschottung von hausärztlichen und fachärztlichen Versorgungs- und Vergütungsanteilen gegeneinander beschwichtigt werden konnte. Zunehmend werden hausärztliche Versorgungsanteile in die direkt von den einzelnen Krankenkassen durch Verträge mit Hausarztverbänden geregelte „hausarztzentrierte Versorgung“ überführt. Die Krankenkassen müssen nach § 73b SGB V seit 2004 derartige Verträge als Wahltarife ihren Versicherten verpflichtend anbieten. 1999 wurde der Verteilungskampf durch die Einbeziehung der Psychotherapeuten in die vertragsärztliche Versorgung und ihre Vergütung aus dem fachärztlichen Gesamtvergütungsanteil erneut angeheizt. Insgesamt ist in diesen zwanzig Jahren die vertragsärztliche Versorgung durch die Einbeziehung medizinischer Versorgungszentren (MVZ) als neben den Vertragsärzten gleichberechtigte Leistungserbringer, die auch in der Trägerschaft von Krankenhäusern betrieben werden können, und eine weitgehende Öffnung im Hinblick auf zulässige Kooperationsstrukturen stark verändert worden. Dabei besteht ein politischer Trend, durch Instrumente des Vertragswettbewerbs (getrennte hausärztliche und fachärztliche Versorgungsangebote nach § 73b und 73c SGB V, integrierte Versorgung nach § 140a f. SGB V) und eine Öffnung der Krankenhäuser für die ambulante Behandlung nach §§ 115b und 116b SGB V insbesondere die spezialisierte (fachärztliche) ambulante Versorgung stärker mit der Krankenhausbehandlung zu vernetzen.

1.2 Vertragszahnärztliche Versorgung

Die mit derjenigen einer Facharzttrichtung vergleichbare relativ homogene Struktur der Zahnärzteschaft und die überwiegend ambulant durchgeführte zahnärztliche Behandlung haben trotz gleicher gesetzlicher Rahmenbedingungen verhindert, dass sich die vertragszahnärztliche Versorgung in vergleichbarer Weise auseinanderentwickelt hat wie die ärztliche Versorgung. In der Honorarverteilung auf der Basis der auch für die zahnärztliche Versorgung gedeckelten Gesamtvergütung ist es den Kassenzahnärztlichen Vereinigungen gelungen, durch eine Begrenzung der Leistungsmenge mit den Krankenkassenverbänden feste Punktwerte zu vereinbaren. Die gesetzlich eingeräumte Möglichkeit einer die Berufe übergreifenden Anstellung von Ärzten und Zahnärzten in einem MVZ hat sich nicht nennenswert ausgewirkt. Auch die Intensivierung selektiver Verträge der Krankenkassen in den genannten Wahlтарifen hat sich kaum auf die zahnärztliche Versorgung ausgewirkt. Die entscheidende Veränderung in der zahnärztlichen Versorgung ist die Neustrukturierung des Zahnersatzes in der GKV im Sinne eines befundorientierten Zuschusses. In diesem Zuschuss-System verbinden sich präventive Anreize für eine regelmäßige Zahnpflege mit der Eigenverantwortung des Versicherten für die Finanzierung eines über die Regelversorgung hinausgehenden Zahnersatzes.

1.3 Krankenhausbehandlung

Die wesentlichen Veränderungen in den Strukturen der Krankenhausbehandlung basieren auf der seit 2005 erfolgten stufenweisen Einführung diagnosebezogener Fallpauschalen (Diagnosis Related Groups – DRG) als Vergütungssystem für die stationäre und teilstationäre Versorgung. Für dasselbe Krankheitsbild erhalten die Krankenhäuser nach diesem System unabhängig vom individuellen Aufwand

und der Zeitdauer der Behandlung dieselbe Vergütung. Die DRGs sind aber nach wie vor eingebunden in die Vereinbarung eines Krankenhausbudgets mit allen Kostenträgern zur Abdeckung der voraussichtlichen Behandlungszahlen und in einen partiellen Mehr- oder Minderausgleich bei abweichender Entwicklung. Der dadurch auf die Krankenhäuser ausgeübte Druck zur Einhaltung der vereinbarten Krankenhausbudgets hat zu drastischen Sparmaßnahmen und in größerer Zahl zur Übernahme von bisher öffentlichen oder freigemeinnützigen Krankenhäusern durch private, gewinnorientiert arbeitende Krankenhausketten geführt. Gleichzeitig führt dieser Druck auf die Kosten der stationären Behandlung dazu, dass Krankenhäuser durch die Bildung von MVZ, die Zulassung zum ambulanten Operieren und zur ambulanten Behandlung bestimmter in § 116b SGB V genannter Krankheitsbilder, die Beteiligung an Verträgen zur integrierten Versorgung oder durch die Kooperation mit vertragsärztlichen Strukturen einen Ausgleich über die Teilnahme an der ambulanten Behandlung suchen müssen. Dabei ist die stationäre und teilstationäre Behandlung wegen des öffentlich-rechtlichen Versorgungsauftrages staatlich finanzierter oder geförderter Krankenhäuser aber bisher nicht Gegenstand des Vertragswettbewerbes der Krankenkassen.

2. Gemeinsame Selbstverwaltung und Wettbewerb

Die bisherigen Ausführungen sollen zeigen, dass die drei wesentlichen Bereiche des deutschen Gesundheitswesens, in denen jeweils ein System der gemeinsamen Selbstverwaltung besteht, aufgrund ihres unterschiedlichen Versorgungsansatzes eigenen Gesetzmäßigkeiten unterliegen und insbesondere gegenüber dem Vertragswettbewerb der Krankenkassen ganz unterschiedlich positioniert sind. Die Politik verfolgt aber als ein Instrument zur Förderung des

Wettbewerbs zunehmend das Ziel einer stärker sektorenübergreifend ausgerichteten Versorgung. Sie hat deswegen 2004 den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) als sektorenübergreifenden Zusammenschluss dieser drei Zweige sektorenbezogener gemeinsamer Selbstverwaltungen gebildet und die bisherigen sektorenbezogenen Bundesausschüsse und den Krankenhausausschuss darin aufgehen lassen. Dadurch ist ein neues Spannungsfeld zwischen der normativen und der wettbewerblichen Steuerung des deutschen Gesundheitswesens entstanden, das im Folgenden in der gebotenen Kürze näher betrachtet werden soll.

2.1 Politische Zielsetzung

Die Regierungskoalition aus CDU/CSU und FDP hält in ihrer Koalitionsvereinbarung am Anspruch eines jeden Bürgers auf die medizinisch notwendige Versorgung unter Teilhabe am medizinischen Fortschritt fest und will die mittel- und langfristige Finanzierbarkeit dieses Anspruchs durch eine Neuausrichtung von Solidarität und Eigenverantwortung im Gesundheitswesen sowie der Intensivierung des Wettbewerbs um Leistung, Preis und Qualität gewährleisten. Der programmatischen Zielsetzung sind inzwischen Taten gefolgt. Durch AMNOG, GKV-FinG und VStG³ sind die Finanzierungsstrukturen der GKV mit Ausnahme des Wegfalls der Obergrenze für den von den Krankenkassen zu lasten der Versicherten erheblichen Zusatzbeitrag unverändert geblieben. Auf der Leistungsseite wird jedoch einerseits die normative Richtlinienkompetenz des G-BA wesentlich erweitert, andererseits aber auch die wettbewerbliche Steuerung durch erweiterte Satzungsrechte der Krankenkassen ausgebaut und schließlich gleichzeitig auch ein eigenständiger ambulanter spezialfachärztlicher Versorgungsbereich etabliert, der sich der wettbewerblichen Steuerung durch die Krankenkassen verschließt. Er eröffnet vielmehr Vertragsfachärzten, MVZ und Krankenhäusern

bei Erfüllung der vom G-BA festgelegten qualitativen Anforderungen gegenüber dem Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen das Recht auf Teilnahme und auf Vergütung zu festen Sätzen („Jeder darf, der kann“).

2.2 Die Aufgabe des Gemeinsamen Bundesausschusses

Die normative Richtlinienkompetenz des G-BA dient zum einen dazu, in dem aufgezeigten selbstverwalteten System der GKV die drei jeweils eigenständigen Versorgungsbereiche der vertragsärztlichen Versorgung, der vertragszahnärztlichen Versorgung und der Krankenhausbehandlung durch sektoren- und einrichtungsübergreifende Regelungen zu verbinden. Dies gilt insbesondere für die zum 1. Juli 2008 gesetzlich eingeführte einrichtungs- und sektorenübergreifende Qualitätssicherung, die sich an Krankenhäuser, MVZ, Vertragsärzte und Vertragszahnärzte gleichermaßen wendet und daher nur sektorenübergreifend verbindlich eingeführt werden kann. Es gilt aber auch für die Methodenbewertung von innovativen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, die einheitlich nach den anerkannten Kriterien der evidenzbasierten Medizin erfolgen muss. Gerade in einem zunehmend wettbewerblich ausgerichteten Gesundheitssystem muss aber zum anderen eine normative Vorgabe desjenigen Leistungspakets erfolgen, auf das jeder Versicherte unabhängig von seiner Krankenkassenwahl oder seiner Entscheidung für einen von seiner Krankenkasse angebotenen Wahltarif Anspruch hat. Der Gesunde wählt die Krankenkasse, und der Kranke benötigt die Leistung (das heißt, er benötigt die nach dem jeweiligen gesicherten Stand medizinischer Erkenntnisse notwendige Behandlung). Daraus lassen sich für die Aufgabenstellung des G-BA folgende Grundsätze ableiten:

- Der Anspruch auf das medizinisch Notwendige muss unabhängig von der Kassenzugehörigkeit (und der Teilnahme an Wahltarifen einzelner Krankenkassen) zu so-

- zial verträglichen Beiträgen flächendeckend gewährleistet bleiben. Der G-BA bewertet deswegen den medizinischen (Zusatz-)Nutzen insbesondere innovativer Arzneimittel und Methoden und entscheidet damit über das Erstattungspreisniveau für Arzneimittel (AMNOG) und die Aufnahme neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden in den Leistungskatalog der GKV; die wissenschaftliche Grundlage hierfür erhält der G-BA durch das von ihm als eigenständige Stiftung errichtete Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG).
- Die notwendige Qualität der medizinischen Versorgung muss auch im Vertragswettbewerb kassen-, sektoren- und einrichtungsübergreifend gewährleistet bleiben. Dies erfordert einheitliche sektoren- und einrichtungsübergreifend anwendbare Qualitätsindikatoren, die die Qualität der Behandlung unabhängig von der vertraglichen Ausgestaltung der Vertragsbeziehungen messbar und transparent machen. Der G-BA beauftragt das Institut nach § 137a (AQUA) jeweils mit der Erarbeitung von themenbezogenen Anforderungen an eine solche Qualitätssicherung und von geeigneten Qualitätssicherungs-Indikatoren zur Messung der Ergebnisse. In den Qualitätsberichten der Krankenhäuser und der KÄV/KZV werden diese Ergebnisse für Versicherte und Patienten transparent gemacht.

2.3 Die Wettbewerbsebene

Solidarität in der GKV bedeutet: Die Gesunden zahlen mit für die Kranken; die Jungen zahlen mit für die Alten; die Singles zahlen mit für die Familien. Der Leistungskatalog und auch die Versorgungsstruktur der solidarisch finanzierten GKV müssen (müssten) dementsprechend auf eine solidarisch finanzierbare effiziente medizinische Versorgung ausgerichtet werden (Rationalisierung – keine Rationierung).

Die insoweit auf eine Nutzenbewertung (s. o.), Maßnahmen der Qualitätssicherung und auf die Beschlussfassung über strukturierte Behandlungsprogramme für chronische Erkrankungen (Disease-Management-Programme – DMP) begrenzte Zuständigkeit des G-BA reicht nicht aus, um dieser Zielsetzung voll gerecht zu werden. Insbesondere auf die Versorgungsstrukturen hat der G-BA keinen Einfluss. Der Gesetzgeber überträgt insoweit die Verantwortung für die Struktur der Regelversorgung den jeweiligen Vertragspartnern der gemeinsamen Selbstverwaltung und, was die vertragliche Ausgestaltung von Wahlтарifen und Rabattvereinbarungen betrifft, den einzelnen Krankenkassen. Dabei hat der Gesetzgeber durch den Gesundheitsfonds und durch gleiche Zuteilungen aus dem Fonds (nach den Kriterien Alter, Geschlecht und Morbidität der Versicherten) die Krankenkassen auf der Einnahmeseite gleichgestellt. Ziel ist es, dadurch auf der Ausgabenseite den Wettbewerb der Krankenkassen um effiziente Versorgungsstrukturen zu intensivieren.

Kann eine Krankenkasse mit den ihr aus dem Gesundheitsfonds zugeteilten Beitragsmitteln die notwendigen Verwaltungskosten und Leistungsausgaben nicht decken, hat sie einen Zusatzbeitrag zu erheben, der nur von den Versicherten dieser Krankenkasse aufzubringen ist. Das verschlechtert ihre Position im Wettbewerb der Krankenkassen um die Versicherten. Die Krankenkassen müssen deswegen geeignete Maßnahmen ergreifen, um durch effiziente Versorgungsstrukturen Zusatzbeiträge zu vermeiden oder, falls alle Kassen sie erheben müssten, sie möglichst niedrig zu halten. Der Gesetzgeber stellt den Krankenkassen deswegen im SGB V insbesondere folgende vertragliche Gestaltungsmöglichkeiten zur Verfügung:

(1) Selbstbehalt und Beitragsrückgewähr in Form von Prämienzahlungen als Wahlтарif nach § 53 Abs. 1 und 2 SGB V;

(2) auf die ärztliche Behandlung ausgerichtete Wahlтарife für Versicherte nach § 53 Abs. 3 SGB V mit selektiven Ver-

tragsabschlüssen zur Durchführung zeitlich befristeter Modellvorhaben nach § 63 SGB V, zur hausarztzentrierten Versorgung nach § 73b SGB V (verpflichtend), zur Durchführung von Versorgungsaufträgen nach § 73c SGB V, zur Durchführung von DMP nach § 137f. SGB V oder zur integrierten Versorgung nach § 140a f. SGB V;

(3) durch das VStG mit Wirkung vom 1. Januar 2012 wesentlich erweiterte Satzungsleistungen nach § 11 Abs. 6 SGB V;

(4) Ausschreibung von Hilfsmitteln nach § 126 SGB V;

(5) Abschluss von Rabattverträgen für Arzneimittel nach §§ 130a und 130 c SGB V.

Die den Krankenkassen eingeräumten wettbewerblichen Gestaltungsmöglichkeiten erfordern aufseiten der Versicherten eine auf Information und Aufklärung basierende eigenverantwortliche Entscheidung über die Annahme entsprechender Tarif- oder Satzungsangebote bzw. die Aufklärung über das Recht, gegen Zuzahlung statt rabattierter Arzneimittel Originalpräparate in Anspruch zu nehmen. Wettbewerbliche Angebotsstrukturen der Krankenkassen erreichen somit nur den mündigen, eigenverantwortlich handelnden Patienten. In der GKV lösen aber 80 % der Versicherten durch ihre Inanspruchnahme der Versorgung nur 20 % der Ausgaben aus; 20 % der Versicherten nehmen demgegenüber 80 % der Ausgaben in Anspruch. Auch wenn es sich dabei um statistische Angaben zu den Ausgabenanteilen und nicht um einen statistisch stabilen Personenkreis handelt, kann vermutet werden, dass das wettbewerbliche Angebot wegen damit Ermöglichter Prämienzahlungen oder Zuzahlungsbefreiungen eher die 80 % der „gesünderen“ Versicherten anspricht und nicht die auf ein umfassendes Leistungsangebot angewiesenen 20 %. Bisher ist nicht evaluiert, wie sich der Vertragswettbewerb auf die genannten Ausgabenanteile auswirkt und wo er zu effizienteren Versorgungsstrukturen führt. Eine Stärkung der

Eigenverantwortung der Versicherten durch wettbewerbliche Angebote der Krankenkassen muss deswegen auf seine jeweiligen Auswirkungen auf das Solidarprinzip der GKV geprüft werden und darf nicht zu einer Risikoselektion zulasten der Schwerstkranken bzw. -behinderten führen. Der auf den durchschnittlichen Behandlungskosten in einer Morbiditätsgruppe basierende Risikostrukturausgleich unter den Krankenkassen schützt Multimorbide und Schwerstkranke nicht ausreichend vor derartigen Gefahren.

2.4 Auswirkungen auf den Gemeinsamen Bundesausschuss

Die Stärkung der Gestaltungsfreiheit der Krankenkassen im Vertragswettbewerb hat aber auch Auswirkungen auf die Geltungstiefe der Richtlinien des G-BA. In nahezu allen gesetzlichen Ermächtigungsgrundlagen für einen vertraglichen Gestaltungsspielraum der Krankenkassen finden sich Ausnahmen von der Bindung der jeweiligen Vertragspartner an die Richtlinien des G-BA zur Methodenbewertung. Dies betrifft:

(1) die Gewährung von Satzungsleistungen nach § 11 Abs. 6 SGB V im Bereich der medizinischen Vorsorge und Rehabilitation (§§ 23, 40 SGB V), der künstlichen Befruchtung (§ 27a SGB V) sowie der zahnärztlichen Behandlung (ohne Zahnersatz) (§ 28 Abs. 2 SGB V), nicht verschreibungs-, aber apothekenpflichtige Arzneimittel (§ 34 Abs. 1 S. 1 SGB V), Heilmittel und Hilfsmittel (§§ 32, 33 SGB V) sowie häusliche Krankenpflege und Haushaltshilfe (§§ 37, 38 SGBV), soweit sie vom G-BA nicht ausgeschlossen sind (Umkehr des Erlaubnisvorbehaltes nach §§ 135, 138 SGB V in einen Verbotsvorbehalt);

(2) Leistungen im Rahmen von Modellvorhaben nach § 63, von Verträgen zur hausarztzentrierten Versorgung nach § 73b und zur auftragsbezogenen Versorgung nach § 73c SGB V, soweit der G-BA keine die Leistungspflicht ab-

lehrende Entscheidung getroffen hat (also ebenfalls Umkehr des Erlaubnisvorbehaltes in einen Verbotsvorbehalt);

(3) Untersuchungen und Behandlungsmethoden als Gegenstand des Leistungsumfangs in der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung, soweit der G-BA im Rahmen der Beschlüsse nach § 137c SGB V (stationäre Krankenhausbehandlung) keine ablehnende Entscheidung getroffen hat (Ausdehnung des Verbotsvorbehaltes nach § 137c auf ambulante Leistungen);

(4) Leistungen in Verträgen zur integrierten Versorgung nach § 140a f. SGB V, soweit der G-BA über deren Eignung als Leistung der GKV nicht sowohl für die vertragsärztliche Versorgung als auch für die stationäre Behandlung eine ablehnende Entscheidung getroffen hat (nur ein kumulativer Ausschluss schließt also die Leistungsberechtigung aus).

Diese Ausnahmen vom Erlaubnisvorbehalt im Hinblick auf die Richtlinien für die vertragsärztliche Versorgung wirken sich nicht nur in den jeweiligen Anwendungsbereichen aus. Sie fördern auch die Tendenz der Krankenkassen, die Bindung an die normativen Richtlinien nicht nur im Vertragswettbewerb, sondern auch bei der Gewährung von Leistungen der Regelversorgung nicht konsequent einzuhalten. Ein Gutachten zur Beurteilung der Auswirkungen von Mindestmengen für planbare Eingriffe im Krankenhaus konnte z. B. teilweise wegen fehlender Einbeziehung einer großen Zahl von Krankenhäusern keine statistisch signifikante Aussage treffen.

Abschließend ist daher festzustellen, dass die politisch angestrebte zunehmend wettbewerbliche Ausrichtung des deutschen Gesundheitssystems einen normativen Überbau benötigt, damit eine qualitativ gesicherte Versorgung mit dem medizinisch Notwendigen für alle Versicherten unabhängig von ihrer jeweiligen Kassenzugehörigkeit gewährleistet bleibt. Die mit dem Wettbewerb einhergehende zunehmende Auflockerung der Bindung der Vertragspartner

an die Richtlinien des G-BA bedarf einer Evaluation im Hinblick auf ihre Auswirkungen auf die Qualität und die Wirtschaftlichkeit der Versorgung.

Anmerkungen

¹ KHG – Krankenhausfinanzierungsgesetz; KHEntgG – Krankenhausentgeltgesetz; BpflV – Bundespflegesatzverordnung.

² LKHG – Landeskrankenhausgesetz.

³ AMNOG – Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz; GKV-FinG – GKV-Finanzierungsgesetz; VStG – GKV-Versorgungsstrukturgesetz.