

Einführung in das deutsche

Teil 2: Übersicht über die Verbandsstrukturen und die wesentlichen Akteure

Überblick über die 6-teilige Serie

- Teil 1: Gesamtüberblick über die Marktteilnehmer des ersten und zweiten Gesundheitsmarktes
- Teil 3: Finanzierung des Gesundheitswesens und Verteilung der Mittel
- Teil 4: Unterschiede zwischen gesetzlicher und privater Krankenversicherung
- Teil 5: Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung, Finanzzahlen, Gesundheitsmarkt als relevanter Wirtschaftsfaktor
- Teil 6: Ineinandergreifen des ersten und zweiten Gesundheitsmarktes

In unserer sechsteiligen Serie fassen wir alle wichtigen Strukturen und Eckdaten des deutschen Gesundheitssystems zusammen. Denn als vitaler Wachstumsmarkt erreicht es 100 Prozent seiner Zielgruppe, schließt aufstrebende Bereiche wie Sport, Ernährung und Prävention ein und punktet mit hoher Qualität und Reputation. In dieser Ausgabe stellen wir Ihnen die Verbandsstrukturen und wesentlichen Akteure des Gesundheitswesens vor.

Als Reichskanzler Otto von Bismarck 1883 die gesetzliche Krankenversicherung einführte, ahnte er noch nichts von der Tragweite seiner Idee: Rund 130 Jahre später zählt sie in zahlreichen EU-Staaten und vielen anderen Ländern zum Status quo der sozialen Sicherung. Die Besonderheit in Deutschland: Hier konzentrieren sich die Aufgaben nicht auf den Staat, sondern verteilen sich auf beteiligte Akteure und Verbände. Im Ergebnis entstand damit eines der leistungsfähigsten Gesundheitssysteme der Welt.

Auf einen Blick

Otto von Bismarck brachte das gesetzliche Krankenversicherungs- und Gesundheitswesen bereits im 19. Jahrhundert auf den Weg. Die drei bedeutendsten Akteure sind heute neben dem gesetzgebenden Staat der GKV-Spitzenverband, die Kassenärztliche Bundesvereinigung KBV und die Deutsche Krankenhausgesellschaft DKG; sie übernehmen die unmittelbare Gestaltung und administrative Steuerung. Die Interessen aller beteiligten Gruppen werden auf Landes- und Bundesebene von Dachverbänden ver-

treten und koordiniert. Im Gemeinsamen Bundesausschuss G-BA werden die unterschiedlichen Positionen aller Akteure diskutiert und im Rahmen der Gesetzgebung in Einklang gebracht; er legt die Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung im Einzelnen fest.

Akteure des Gesundheitswesens verwalten sich selbst

Wie in der November-Ausgabe beschrieben, delegiert der Staat die Aufgaben der Gesundheitsversorgung an Körperschaften und deren Verbände. Experten

Gesundheitswesen

sprechen vom „korporatistischen Steuerungsmodell“. Der Ursprung reicht bis ins Kaiserreich zurück: Reichskanzler Otto von Bismarck war es, der bereits 1883 die bis heute fortgeführte Sozialgesetzgebung initiierte. Dies führte zur anschließenden Gründung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV), die bereits damals für die Finanzierung der medizinischen Versorgung der größten Teile der Bevölkerung verantwortlich war. Gesundheitsleistungen wurden damals wie heute durch Versicherungsbeiträge der Bürger und Arbeitgeber finanziert. Neben der Bundesrepublik haben auch andere Staaten wie Frankreich, Österreich und Japan das Bismarcksche System eingeführt. Die Teilung in freiwillige private und verpflichtende gesetzliche Krankenversicherungen stammt ebenfalls aus dieser Zeit: Ab einer bestimmten regelmäßigen Einkommenshöhe, der sogenannten Versicherungspflicht- oder Jahresarbeitsentgeltgrenze, kann der freiwillige Wechsel in eine private Krankenversicherung erfolgen (mehr dazu im vierten Teil der Serie). Um Nichtversicherte vor sozialen Notlagen zu schützen, wurde 2009 die allgemeine Krankenversicherungspflicht eingeführt: Jeder muss sich seitdem bei einer gesetzlichen oder privaten Krankenkasse versichern. Nach wie vor sind über 90% der Bevölkerung in Deutschland in der GKV versichert (Stand 2016).

Bismarck hatte zwar ursprünglich ein staatlich gelenktes Sozialversicherungssystem geplant, das sich aus Steuern zusammensetzt – dieses konnte er im Reichstag allerdings nicht durchsetzen. Das bis heute gültige Ergebnis der damaligen Verhandlungen: Der Staat legt den Rahmen fest, in dem sich die Akteure des Gesundheitswesens bewegen dürfen. Diese sollten sich jedoch selbst verwalten, was vor allem in Form von unterschiedlichen Verbänden und Vereinigungen geschieht. Dieses Prinzip der Selbstverwaltung ist auch heute noch im

deutschen Gesetz verankert und führte dazu, dass die Krankenversicherungen mit verschiedenen Akteuren und Institutionen (zum Beispiel Ärzteschaften) im Gesundheitssektor Einzelverträge abschließen. Aus dieser Historie sind zahlreiche Verflechtungen entstanden, welche die Vielzahl der Akteure im Gesundheitswesen erklären.

Krankenkassen und ihre Verbände: von 1.200 auf 120

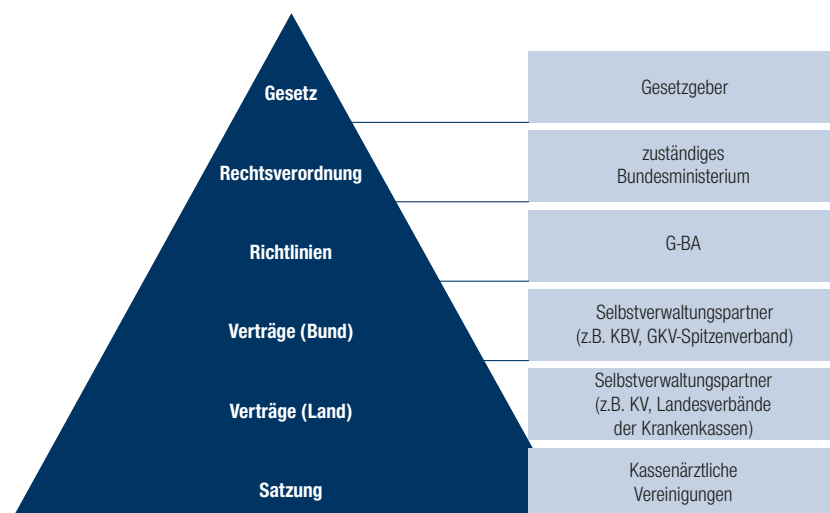
In Deutschland existieren rund 120 gesetzliche Krankenkassen, die sich auf folgende Kassenarten verteilen:

- Betriebskrankenkassen (BKK)
- Bundesknappschaft
- Ersatzkassen
- Innungskrankenkassen (IKK)
- Landwirtschaftliche Krankenkasse
- Ortskrankenkassen (AOK)
- See-Krankenkasse

Jede Krankenkasse schließt die zugehörige Pflegekasse mit ein. Die einzelnen Kassenarten gehören den jeweiligen Verbänden ihrer Kassenart an. Im Bereich AOK, BKK und IKK sind dies die Landesverbände des Bundeslandes, in

dem sie ihren Hauptsitz haben; diese sind dann wiederum in ihrem jeweiligen Bundesverband organisiert. Das zentrale bundesweite Vertretungsorgan aller gesetzlichen Krankenkassen ist der GKV-Spitzenverband.

Seit 1996 können Bürger in Deutschland ihre Krankenkasse frei wählen; dies führte zu rasanten Veränderungen im Kassenwesen: Existierten 1993 noch über 1.200 gesetzliche Krankenkassen, so schrumpfte ihre Zahl durch Fusionen bis heute auf weniger als ein Zehntel dieses Werts. Dies hat zur Folge, dass AOKs und IKKs meist nur noch mit einer Kasse pro Bundesland vertreten sind, die gleichzeitig die Funktion des jeweiligen Landesverbandes übernimmt. Am stärksten reduzierte sich die Zahl der BKKs, die ursprünglich häufig als „Abteilung“ im Unternehmen ansässig waren, heute jedoch größtenteils in großen Kassen aufgegangen sind. Mit Einführung des Einheitsbeitrags 2009 wurden zudem die zum Teil sehr günstigen Beiträge einzelner Kassen als Marktvorteil gesetzlich aufgehoben. Im Jahr 2015 ist mit Einführung des kassenindividuellen



Akteure im Rahmen der Selbstverwaltung der gesetzlichen Krankenversicherung.
Grafik: HBSN AG

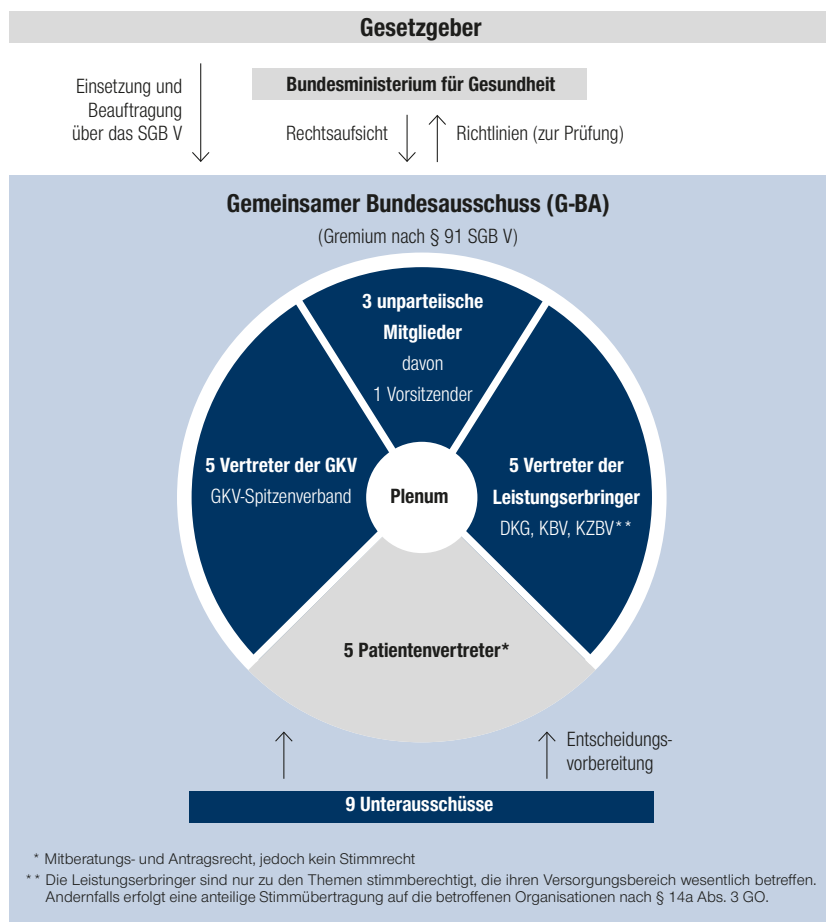


Abbildung 2: Struktur des Gemeinsamen Bundesausschusses als oberstes Beschluss-gremium der gesetzlichen Krankenversicherung. Grafik: Gemeinsamer Bundesausschuss

Zusatzbeitrags (14,6% + X) zwar ein Wettbewerbsaspekt zurückgekehrt; dieser wird jedoch durch den Risikostrukturausgleich – Kassen mit gesünderen Versicherten finanzieren andere mit höherem Krankenbestand mit – überwiegend aufgehoben.

Kassenverbände: Hüter der Beitragsmittel

Der GKV-Spitzenverband als Kassenvertretung auf Bundesebene führt die Interessen der zugehörigen Kassen zusammen und kommuniziert sie nach außen. Ihm kommt somit eine zentrale Rolle im Gesundheitswesen zu. Im Wesentlichen beinhaltet diese:

- die Mitarbeit im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) als Selbstverwaltung der Ärzte und Krankenkassen, welche in Form von Richtlinien den Leistungskatalog der GKV festlegt, sowie
- die Verhandlung von Bundesmantelverträgen mit der Kassen(zahn)ärztli-

chen Bundesvereinigung und weiteren Leistungserbringern zur Organisation der ärztlichen Versorgung.

Auf Landesebene schließen die zugehörigen Landesverbände ihrerseits mit den Kassenärztlichen Vereinigungen und regionalen Krankenhäusern Verträge ab (siehe nächste Ausgabe).

Neben den Kassen und Verbänden existiert eine Vielzahl weiterer Akteure wie Kommissionen, Bundesämter, Berufsverbände, Fachgesellschaften und das Bundesministerium für Gesundheit. Sie sind nicht direkter Teil der gemeinsamen Selbstverwaltung, besitzen aber einen engen Bezug dazu und erfüllen ganz oder teilweise einen gesetzlichen Auftrag.

Als Pendant zum GKV-Spitzenverband haben sich die 42 privaten Krankenkassen im PKV-Verband als bundesweite Interessenvertretung organisiert. Auch die Postbeamtenkrankenkasse und die Krankenversorgung der Bundesbahnbeamten gehören dem Dachverband an.

KVen vertreten Ärzte und garantieren Versorgung

Im frühen Bismarckschen Sozialversicherungssystem schlossen Krankenkassen zahlreiche Einzelverträge mit Ärzten unter anderem über Vergütungsregelungen für die Behandlung von Kassenpatienten. Ihre Monopolstellung führte jedoch zu einseitigen Vertragsabschlüssen und mündete nach heftigen Auseinandersetzungen schließlich in die Notverordnung von 1931. Fortan durften Kassen nur noch mit den neu gegründeten Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) – juristisch betrachtet Körperschaften des öffentlichen Rechts – der jeweiligen Region Verträge schließen. Jeder praktizierende Arzt, der die Behandlung von Kassenpatienten durchführen wollte, musste fortan – abgesehen von wenigen Ausnahmen – einer KV beitreten. Neben der Interessenvertretung der Ärzte erfüllt diese auch öffentliche Aufgaben, insbesondere den sogenannten Sicherstellungsauftrag; dieser garantiert die ambulante ärztliche Versorgung der Bevölkerung. Das Zusammenspiel der Krankenkassen mit den KVen sorgt zudem dafür, dass sich gesetzlich Versicherte nicht um die Bezahlung ihres Arztes kümmern müssen.

In Deutschland existieren 17 Kassenärztliche Vereinigungen mit über 165.000 Mitgliedern sowie 17 Kassenzahnärztliche Vereinigungen mit ca. 56.000 Mitgliedern. Pro Bundesland ist jeweils eine Vereinigung angesiedelt – mit Ausnahme von Nordrhein-Westfalen: Hier teilen sich die KV Nordrhein und die KV Westfalen-Lippe die Zuständigkeit.

Die KVen werden durch die Kassenärztliche Bundesvereinigung KBV auf Bundesebene repräsentiert. Mitglieder sind hierbei nicht die einzelnen Ärzte, sondern die KVen. Entsprechendes gilt für die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen (KZVen), die durch die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung KZBV vertreten werden.

Neben der Interessenvertretung ihrer Mitglieder ist die KBV für die Verhandlung und Verabschiedung der Bundesmantelverträge mit dem GKV-Spitzenverband zuständig. Sie legt zudem auch bundesweit einheitliche Richtlinien zur Steigerung der ärztlichen Qualitätssicherung fest und trägt somit Sorge dafür, dass Versicherte eine qualitativ hochwertige Behandlung erhalten.

2.000 Krankenhäuser schließen sich zusammen

Neben den Krankenkassen und den KVen ist das Krankenhauswesen der dritte bedeutende Akteur im deutschen Gesundheitssystem. Im Jahr 2015 gab es in Deutschland 1.956 Krankenhäuser. 577 wurden von öffentlicher Hand geführt (Tendenz sinkend), z.B. von Kommunen und Ländern. Weitere 700 Krankenhäuser befanden sich in privater, 679 in sozialer Trägerschaft. Die Träger haben sich in Landeskrankenhausgesellschaften zusammengeschlossen, die ihre Interessen gegenüber den Kostenträgern, dem Staat und der Öffentlichkeit vertreten. Sie erzielen unter anderem Vertragsabschlüsse zwischen Krankenhäusern und Kassen und wirken bei der Krankenhausplanung des jeweiligen Landes mit. Darüber hinaus beraten sie ihre zugehörigen Mitglieder in rechtlichen wie betriebswirtschaftlichen Problemstellungen.

Auf Bundesebene vertritt die Deutsche Krankenhausgesellschaft e.V. (DKG) die Interessen der 16 Landeskrankenhausgesellschaften. Ihr gehören die sechs Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege (z.B. DRK und Caritas) an sowie die Bundesverbände der Privat- und Universitätskliniken, der Deutsche Landkreis- und Städtetag, der Städte- und Gemeindebund sowie die Deutsche Rentenversicherung. Als weitere wichtige Aufgabe der DGK gilt die Mitarbeit in der gemeinsamen Selbstverwaltung der Ärzte und Krankenkassen.

Prüft und berät: Medizinischer Dienst MDK

Zur Unterstützung der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung wurde der MDK ins Leben gerufen. Ihm kommt die Aufgabe zu, bei medizinischen und pflegerischen Themen zu beraten, zum Beispiel bei Fragen zu Arbeitsunfähigkeit, Rehabilitation, häuslicher Krankenpflege oder der Einschätzung einer Pflegestufe (ab 2017 des Pflegegrades). Insgesamt gibt es in Deutschland 15 MDKs – grob gesagt: eine Einrichtung pro Bundesland, wobei sich Hamburg gemeinsam mit Schleswig-Holstein zu dem MDK Nord verbunden haben. Ebenso haben Berlin und Brandenburg einen übergreifenden Sitz. In Nordrhein-Westfalen bestehen zwei MDKs. Kranken- und Pflegekassen sind gesetzlich verpflichtet, den MDK bei wichtigen Leis-

tungsentscheidungen mit Begutachtungen zu beauftragen (über 2,3 Millionen im Jahr 2014). Die Entscheidung über eine Leistung liegt letztlich aber bei den Krankenkassen. Auf Bundesebene wird der MDK durch den Medizinischen Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS) vertreten.

G-BA als „Bundeskabinett“ der Krankenversicherung

Das oberste Beschlussgremium der ge-

Ebenfalls entwickelt das Gremium Vorgaben und Maßnahmen zur Qualitätssicherung für den ambulanten und stationären Bereich des Gesundheitswesens. Rechtsgrundlage für die Arbeit des G-BA sowie das gesetzliche Gesundheitswesen als solches ist das Fünfte Sozialgesetzbuch SGB V. Der G-BA untersteht der rechtlichen Aufsicht des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG), das die Beschlüsse und Richtlinien vor der Verabschiedung prüft.

Bei einem Gesamtvolumen von über



Welche Diagnose- und Therapieverfahren von den Krankenkassen übernommen werden, verhandeln und beschließen die Bundesvertretungen der Ärzte, Krankenhäuser und Krankenkassen im Gemeinsamen Bundesausschuss

meinsamen Selbstverwaltung der Ärzte, Zahnärzte, Psychotherapeuten, Krankenhäuser und Krankenkassen ist der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA). Er nimmt umfassende Aufgaben und Kompetenzen wahr und führt sämtliche Interessen zusammen. Ihm gehören die großen Spitzenorganisationen der Selbstverwaltung im deutschen Gesundheitswesen an: die Kassenärztliche und Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung, die DKG und der GKV-Spitzenverband. Auch Patientenvertreter sitzen im G-BA. Diese sind zwar antrags-, aber nicht stimmberechtigt. Ergänzt wird das Gremium durch unparteiische Mitglieder (siehe Abbildung 2 Seite 64).

In Form von Richtlinien bestimmt der G-BA den gesetzlichen Leistungskatalog und ist somit dafür verantwortlich, welche Leistungen der medizinischen Versorgung von der GKV erstattet werden.

300 Milliarden Euro führt die Finanzierung des deutschen Gesundheitswesens zu häufigen Kontroversen und spielt eine bedeutende Rolle bei der Entscheidung über den Umfang der Kassenleistungen. In der kommenden Ausgabe werden wir ausführlich darüber berichten.

Tobias Niemann, Tobias Burghardt



Tobias Niemann, Gründer der HBSN AG und for me do GmbH, ist Initiator des Netzwerktreffens Health Connect „Manager im Dialog“ und Mitglied des Gesundheitsausschusses des Deutschen Sportstudio Verbandes (DSSV).



Tobias Burghardt ist Vorstandreferent bei der HBSN AG. Er ist übergreifend für die gesamte Unternehmensgruppe tätig und für den Wissenstransfer, die Produktentwicklung und das Staffing verantwortlich.