

Integrierte Versorgungsstrukturen

Eine Dauerbaustelle bei GKV-Reformen

von Hartmut Reiners¹

ABSTRACT

Das deutsche Gesundheitswesen leidet seit jeher an einem Mangel an Kooperation und Integration der Akteure und Institutionen. Die demografische Entwicklung und der medizinische Fortschritt machen entsprechend ausgerichtete Reformen immer dringlicher. Sie bewegen sich auf zwei verschiedenen Ebenen. Zum einen muss das Vertragsrecht flexibilisiert und die Fixierung auf Kollektivverträge der Kassen mit den Leistungserbringern zugunsten von Selektivverträgen weiter gelockert werden. Zum zweiten bedarf es eines neuen ordnungspolitischen Rahmens für die Bedarfsplanung und Sicherstellung der Versorgung, der den Ländern mehr politische Verantwortung als bisher überträgt. Derartige Reformen können angesichts der betroffenen Institutionen mit ihren eingefahrenen Handlungsmustern und den damit verbundenen politischen Risiken und Nebenwirkungen nur schrittweise vorangetrieben werden.

Schlüsselwörter: Aufsicht, Bedarfsplanung, hausarztzentrierte Versorgung, Integrierte Versorgung, Kollektivvertrag, Landesgesundheitspolitik, Selektivvertrag, Sicherstellung

The German health care system has always suffered from a lack of cooperation and integration of its players and institutions. Due to the demographic development and medical progress, there is an increasingly urgent need for appropriately oriented reforms on two different levels. Firstly, contract law must be made more flexible and the fixation on collective agreements between health care funds and providers must be further relaxed in favour of selective contracts. Secondly, a new regulatory framework for demand planning and safeguarding health care supply is called for which assigns more political responsibility to the federal states. Given the established behaviour patterns of the institutions concerned and the political risks and side effects associated with them, these reforms can only be promoted gradually.

Keywords: Supervision, demand-oriented planning, GP-centred care, integrated health care, collective agreement, state health policy, selective contracting, safeguarding

1 Einleitung

Während die Integration von GKV und PKV unter der Überschrift „Bürgerversicherung“ in der Öffentlichkeit relativ breit diskutiert wird, steht eine andere, nicht minder wichtige Reformbaustelle politisch eher im Hintergrund: die Reform der Versorgungsstrukturen, die unter einem Mangel an Kooperation und Integration von Institutionen und Berufsgruppen leiden. Die damit zusammenhängenden Probleme sind vielschichtig und eignen sich nicht für plakative

Wahlkampfparolen. Aber es handelt sich um ein wichtiges Thema, dem der Gesundheits-Sachverständigenrat auch ein komplettes Gutachten gewidmet hat (SVR-G 2009). Es geht darum, die arbeitsteiligen und institutionellen Strukturen der gesundheitlichen Versorgung den Anforderungen anzupassen, die sich aus den Entwicklungen in der Demografie, der Sozialstruktur und der Medizin ergeben.

Das ist leichter gesagt als getan in einem segmentierten Versorgungssystem mit fest abgesteckten Claims, deren Akteure weniger auf Kooperation und Integration konditioniert sind

¹Diplom-Volkswirt Hartmut Reiners, Berlin · E-Mail: hartmut-reiners@t-online.de

als auf die Verteidigung ihres Terrains. Die föderale Struktur der Bundesrepublik wiederum sorgt für komplizierte Wege und Zuständigkeiten bei Bestrebungen, diese verknöcherten Strukturen über Reformen aufzubrechen. Parteipolitische Interessen und das Geflecht von Politik und Medien mit seiner Anfälligkeit für Populismus bewirken ein Übriges. In diesem Beitrag werden zunächst die Gründe für eine auf Kooperation und Integration zielende Reform kurz umrissen und die diesem Ziel entgegenstehenden ordnungspolitischen Hindernisse beschrieben. Es folgt ein Ausblick auf notwendige Veränderungen. Dabei gilt der generelle Vorbehalt für alle Reformen im Gesundheitswesen: Es kann nicht gelingen, mit einem Kraftakt die gesamten Versorgungsstrukturen umzukrempeln. Man sollte zwar wissen, wohin die Reise gehen soll, aber diese selbst hat viele Stationen, weshalb Umwege einzukalkulieren sind.

2 Neue Versorgungsformen: Sachliche Erfordernisse und strukturelle Hindernisse

Die Forderung nach mehr Integration und Kooperation der Institutionen und Gesundheitsberufe geht bis in die 1970er Jahre zurück. Eine heute noch lesenswerte Studie des Wirtschafts- und Sozialwissenschaftlichen Instituts des Deutschen Gewerkschaftsbundes (WSI) monierte einen „Mangel an Kontinuität in der medizinischen Versorgung“ (*Jahn et al. 1973, 32*) und plädierte unter anderem für die Einrichtung „medizinisch-technischer Zentren“ (*Jahn et al. 1973, 48 ff.*), weil anders der medizinische Fortschritt nicht angemessen umzusetzen sei. In den 1980er Jahren wurde die Notwendigkeit einer Vernetzung der Versorgungseinrichtungen erstmals unter dem Aspekt der demografischen Entwicklung diskutiert (*von Ferber et al. 1989*). Mit dem medizinischen Fortschritt und der alternden Bevölkerung sind auch die beiden wesentlichen Triebfedern für integrierte Versorgungsformen benannt:

- Die Entwicklung in der Medizin bringt ein stetig wachsendes Wissen mit sich. Deshalb wächst die Bedeutung der Allgemeinmediziner in ihrer Funktion als Lotsen im Versorgungssystem. Zugleich werden immer mehr Behandlungen ambulant oder teilstationär durchgeführt, was die Trennung in ambulante und stationäre Versorgung zunehmend obsolet macht.
- Die wachsende Zahl älterer und hochbetagter Menschen erfordert neue Kooperationsformen von medizinischer Versorgung, Gesundheitsförderung und Pflege beziehungsweise Betreuung, wenn man eine ebenso ineffektive wie teure Medikalisation sozialer Problemlagen vermeiden will. Insbesondere in dünn besiedelten Regionen spitzt sich dieses Problem zu, weil die gesamte medizi-

nische und pflegerische Versorgung nur mit integrierten Versorgungsnetzen unter Einbindung nichtärztlicher Berufe aufrechterhalten werden kann.

Wenn diese Sachlage bereits in den 1970er und 1980er Jahren diskutiert wurde, stellt sich die Frage, weshalb sie immer noch auf der Reformagenda steht. Zu deren Beantwortung muss man tief in die Geschichte des GKV-Systems eintauchen, das unter einer exakt hundert Jahre alten Erblast leidet: dem Behandlungsmonopol der Kassenärzte in der ambulanten Versorgung. Am 23. Dezember 1913 wurde nach heftigen Auseinandersetzungen das „Berliner Abkommen“ zwischen den Ärzten unter Führung des „Leipziger Verbandes“ (später „Hartmannbund“) und den Krankenkassenverbänden geschlossen, das als Gründungsakte der gemeinsamen Selbstverwaltung in der GKV gelten kann (*Töns 1983, 73f.*). Seither können Kassenpatienten nur von einer begrenzten Zahl zugelassener Ärzte behandelt werden. Diese wurden Ende 1931 durch eine Notverordnung des Reichspräsidenten Zwangsmitglieder Kassenärztlicher Vereinigungen (KVen) als Körperschaften des öffentlichen Rechts. Zugleich wurde das Prinzip der Gesamtvergütung zur Rechtsnorm der Reichsversicherungsordnung (RVO), wonach die Kassen den KVen einen jährlichen Gesamtbetrag zahlen, der sich aus einem Pauschalbetrag pro Kassenmitglied ergibt und dessen Verteilung auf die Kassenärzte von den KVen festgelegt wird. Nach dem Krieg verfestigte das Gesetz über das Kassenarztrecht vom 17.08.1955 dieses Kollektivvertragssystem, das auch heute noch die Grundlage für die Steuerung der ambulanten Versorgung und ein wesentliches Hemmnis für die Einführung integrierter Versorgungsformen ist (*Knieps 2012*).

Erst Ende der 1990er Jahre kam es zur ersten Flexibilisierung des Vertragsrechts durch gesonderte Strukturverträge, um die hausärztliche und integrierte Versorgung zu fördern sowie Disease-Management-Programme (DMP) für ausgewählte chronische Krankheiten zu ermöglichen. Jedoch bewegten sich diese Ansätze zunächst noch im Kontext des Kollektivvertragssystems, das heißt, ohne Zustimmung der KVen lief fast gar nichts. Der eigentliche Durchbruch erfolgte mit dem GKV-Modernisierungsgesetz (GMG) vom 14.01.2003, das den Kassen erstmals Selektivverträge mit Leistungserbringern zu neuen Versorgungsformen ohne Einbindung der KVen ermöglichte, die sogar ausdrücklich als Vertragspartner für derartige Verträge ausgeschlossen wurden. Kernstücke dieser Reform waren die hausarztzentrierte Versorgung und die Einrichtung Medizinischer Versorgungszentren (MVZ), die in die ambulante medizinische Versorgung integriert wurden und auch von Krankenhäusern gegründet werden können. Dieser Reformansatz wurde im Vertragsarztrechtsänderungsgesetz vom 22.12.2006 und im GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz vom 26.03.2007 weiter ausgebaut, indem neue Betriebsformen in der ambulanten

Versorgung ermöglicht und die hausarztzentrierte Versorgung zum Pflichtangebot aller Kassen gemacht wurde (siehe auch Tabelle 1).

Die seit 2009 regierende schwarz-gelbe Koalition eröffnete im Versorgungsstrukturgesetz vom 22.12.2011 mit der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung durch Kassenärzte und Krankenhäuser erweiterte Möglichkeiten von Behandlungen beziehungsweise Vertragsbeziehungen außerhalb des Kollektivvertragssystems. Vor allem die Verpflichtung der Krankenkassen, ihren Versicherten hausarztzentrierte Versorgungsmodelle anzubieten und entsprechende Verträge abzuschließen, war ein Durchbruch, weil damit derstellungsauftrag der KV als ein ordnungspolitischer Eckpfeiler des GKV-Systems in Frage gestellt wird. Er geht für diese Verträge automatisch an die Krankenkassen über, was gravierende Konsequenzen für den Kassenwettbewerb und das Verhältnis von Politik und Selbstverwaltung hat. Damit wird ein ordnungspolitischer Paradigmenwechsel eingeleitet, der zugleich Änderungen in der Zuständigkeit für die Planung und Sicherstellung der Versorgung erfordert.

3 Neue Versorgungsformen: Vertragswettbewerb und Selektivverträge

In der Debatte über eine Reform des Vertragsrechts geht es nicht um die Einführung von Wettbewerb an sich, sondern um dessen Regulierung und das Aufbrechen verkrusteter

Strukturen. Wenn der aus medizinischen wie ökonomischen Gründen erforderliche Aus- beziehungsweise Aufbau von integrierten Versorgungsformen vom Kollektivvertragssystem mit dem Behandlungsmonopol der KVen maßgeblich behindert wird, kann er nur durch Selektivverträge zwischen Kassen und ausgewählten Leistungserbringern vorangetrieben werden (Cassel et al. 2008). Das ist automatisch mit Wettbewerb verbunden, der jedoch einen neuen ordnungspolitischen Rahmen benötigt. Dazu später.

Zunächst interessiert die Frage, auf welchen Ebenen Selektivverträge geschlossen werden sollen. Dabei sollte klar sein, dass es auf absehbare Zeit nur um ein Nebeneinander von Kollektiv- und Selektivvertragssystem gehen kann, schon weil sich ein in 100 Jahren gewachsenes System nicht von heute auf morgen umstülpen lässt. Wichtig ist vor allem, den Krankenkassen und ihren Vertragspartnern Verträge zur integrierten sowie zur hausarztzentrierten Versorgung zu erleichtern und die mit dem Kollektivvertragssystem verbundenen abrechnungstechnischen Vorgänge (Bereinigung der Gesamtvergütung etc.) zu vereinfachen. Entscheidend ist die Frage, welche Versorgungsziele mit Selektivverträgen angestrebt werden. Es geht um medizinische und organisatorische Aspekte, die je nach Zielstellung unterschiedliches Gewicht haben:

- Indikationsbezogene Modelle haben eine große Bedeutung in der Versorgung chronisch und psychisch Kranker. Hier arbeiten verschiedene Gesundheitsberufe und Institutionen nach spezifischen, auf die jeweiligen Patienten und Behandlungsfälle zugeschnittenen Behandlungsplänen zu-

TABELLE 1

Bisherige Ansätze zur Flexibilisierung der Versorgung

- **Gesundheits-Reformgesetz vom 29.12.1988:** Modellvorhaben (§§ 65 ff. SGB V)
- **Gesundheitsstrukturgesetz vom 21.12.1992:** ambulantes Operieren im Krankenhaus (§ 115b SGB V)
- **GKV-Neuordnungsgesetz vom 23.06.1997:** Strukturverträge zwischen Kassen und KVen zu besonderen Versorgungsformen (§ 73a SGB V)
- **GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000 vom 22.12.1999:** Verträge zu integrierten Versorgungsformen (§§ 140a ff. SGB V)
- **GKV-Modernisierungsgesetz vom 14.11.2003:** Selektivverträge zur hausarztzentrierten und integrierten Versorgung (§§ 73b und 140a ff. SGB V)
- **GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz vom 26.03.2007:** Kassen müssen hausarztzentrierte Versorgung nach § 73b SGB V anbieten. Spezialfachärztliche Versorgung in Krankenhäusern (§ 116b SGB V)
- **Versorgungsstrukturgesetz vom 22.12.2011:** Spezialfachärztliche Versorgung sowohl in ambulanten als auch in stationären Einrichtungen (§ 116b SGB V)

Quelle: eigene Zusammenstellung; Grafik: G+G Wissenschaft 2013

sammen. Praktische Beispiele sind die DMP-Modelle für chronisch Kranke. Entsprechende Verträge sollten zum Pflichtangebot der Krankenkassen gehören. Für die psychiatrische Versorgung sowie für multimorbide und chronisch Kranke sind Versorgungsnetze mit gemeindenahen ambulanten und (teil-)stationären Angeboten erforderlich.

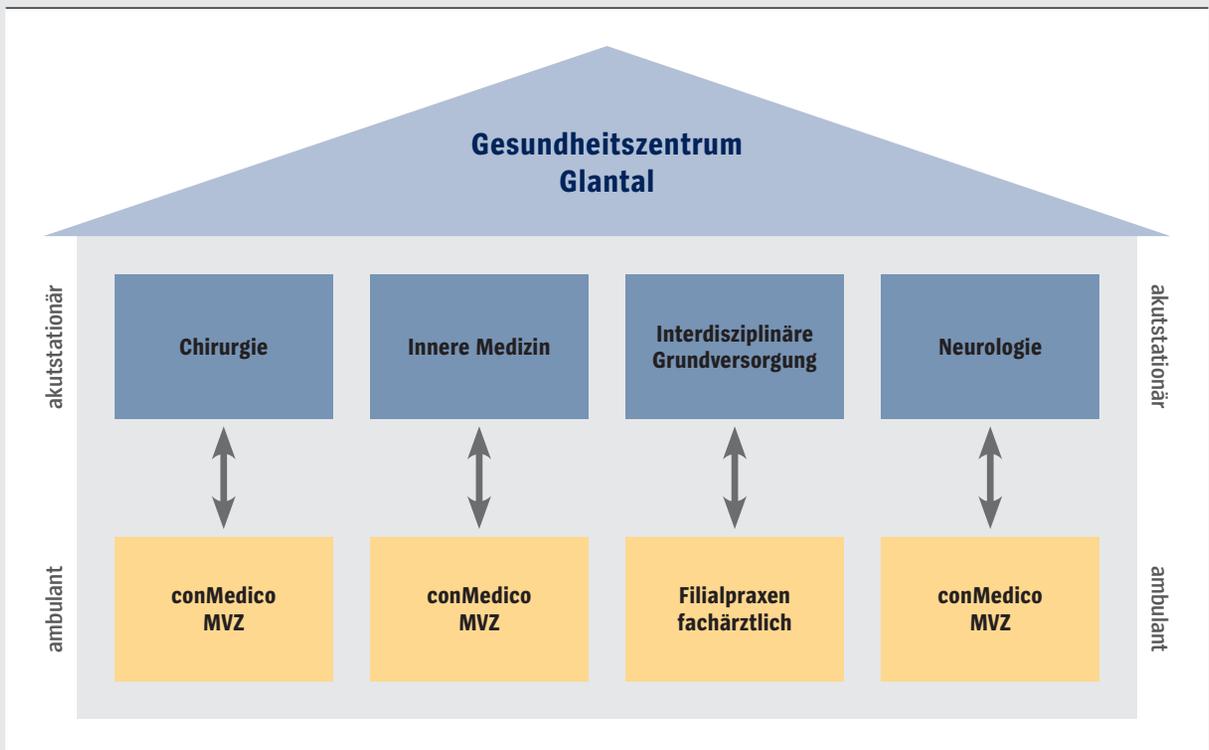
- Populationsbezogene Modelle bieten in Form von MVZ oder regionalen Netzwerken große Vorteile in der Zusammenarbeit von Haus- und Fachärzten sowie von Einrichtungen der ambulanten und stationären Versorgung. Sie sind vor allem zur Sicherstellung der Versorgung in dünn besiedelten Gegenden erforderlich. Wie das bereits heute funktionieren kann, zeigt das Beispiel des Gesundheitszentrums Glantal in Rheinland-Pfalz (Abbildung 1). Die Sicherstellung lässt sich in solch dünn besiedelten Gebieten nur durch den Aufbau von Versorgungszent-

ren gewährleisten (*Gesundheits- und Sozialpolitik Heft 12/2012*). Solche medizinischen Einrichtungen können mit aufsuchender Betreuung auch durch entsprechend qualifizierte Gesundheitsberufe die ambulante Versorgung in Gegenden gewährleisten, in denen einzelne Arztpraxen wegen der niedrigen Bevölkerungszahl keine ausreichende wirtschaftliche Basis haben. Zudem können dort Patienten, die stationär behandelt werden müssen, eine Erstversorgung bekommen, bis sie in größere Krankenhäuser überwiesen werden können. Auch aus diesem Grund bieten sich die bestehenden Krankenhäuser in diesen Regionen für einen Aus- beziehungsweise Umbau zu Versorgungszentren an.

Eines haben diese Versorgungsformen gemeinsam: Sie können ohne Hausärzte als Lotsen nicht effektiv funktionieren.

ABBILDUNG 1

Gesundheitszentrum Glantal: Modell für die Sicherstellung der Versorgung in ländlichen Regionen



Quelle: Gass 2012; Grafik: G+G Wissenschaft 2013

Das Landeskrankenhaus Rheinland-Pfalz hat das Gesundheitszentrum Glantal aufgebaut und gezeigt, wie die ambulante Versorgung in ländlichen Regionen auch heute schon sichergestellt werden kann. Kern ist die 2010 gegründete „conMedico MVZ“ mit eigenen chirurgischen, internistischen und neurologischen Praxen. Die akutstationäre Versorgung kann in diesen Bereichen von bereits bestehenden Belegabteilungen wahrgenommen werden. Hinzu kommt eine hausärztliche Bereitschaftsdienstzentrale. Weitere fachärztliche Filialpraxen sollen hinzukommen.

Auch aus diesem Grund hat die Förderung der hausarztzentrierten Versorgung und der Allgemeinmedizin absolute Priorität, wobei die verbreitete Annahme, dieses Problem könne man mit finanziellen Anreizen lösen, eine Illusion ist. Hausärzte bewegen sich mit ihren Umsätzen mittlerweile im Durchschnitt der Vertragsärzte (*KBV 2013*), auch wenn es hier Unterschiede zwischen den KVen gibt, die vor allem auf die jeweilige Arztdichte zurückzuführen sind. Auch zeigen interne Analysen des Instituts des Bewertungsausschusses, die hier aus Gründen der Vertraulichkeit nicht zitiert werden können, dass die Einkommen der Hausärzte nach Abzug der Praxiskosten sich kaum von dem der meisten Fachärzte unterscheiden. Das eigentliche Problem ist die Geringschätzung der Allgemeinmedizin in der Kultur des deutschen Medizinbetriebes. Erst das Gesundheitsstrukturgesetz machte ab 1993 die Weiterbildung zum Allgemeinmediziner oder sonstigen Facharzt zur Voraussetzung für die kassenärztliche Zulassung. Damit wurde der „praktische Arzt“ zum Auslaufmodell, der für eine Niederlassung nur die Approbation und eine zweijährige Berufsausübung voraussetzte und mit diesen niedrigen qualifikatorischen Hürden der Denunziation von Hausärzten als Ärzten zweiter Klasse Vorschub leistete. Zwar hat es in der Aus- und Weiterbildung von Allgemeinmediziner in den letzten Jahren Fortschritte gegeben, aber nach wie vor sind sie die einzige Arztgruppe mit abnehmender Zulassungszahl.

Auf ein zweites, quasi hausgemachtes Problem machte der Gesundheits-Sachverständigenrat in seinem Sondergutachten 2012 aufmerksam (*SVR-G 2012*). Er stellt fest, dass die Kassen wenig Neigung zu einem Vertragswettbewerb haben, weil sie die damit verbundenen Ausgaben vermeiden wollen, die vielleicht zu Zusatzbeiträgen führen könnten. Selektivverträge zu neuen Versorgungsformen sind Investitionen, die ihre Früchte erst mittel- bis langfristig tragen und kurzfristig meist als Zusatzausgaben verbucht werden müssen. Zumindest ist dieses Risiko nicht zu vermeiden. Da aber im Kassenwettbewerb nach wie vor der Beitragssatz die entscheidende Rolle spielt, und mit dem Zusatzbeitrag dieses Instrument eine noch stärkere Bedeutung bekommen hat, betreiben die meisten Kassen eine konservative Vertragspolitik auf Basis des Kollektivvertragssystems. Leider zieht der SVR-G keine Konsequenzen aus diesem Dilemma, wie zum Beispiel die Abschaffung des Zusatzbeitrags zu fordern, und hinterlässt eine gewisse Ratlosigkeit, wie es denn auf diesem Gebiet weitergehen soll (*Reiners 2012*).

Auch klammert er andere mit der Stärkung der Selektivverträge verbundene Fragen aus, die mit der Bedarfsplanung und der Sicherstellung der Versorgung zu tun haben. Man kann nicht Selektivverträgen den Vorrang geben, ohne damit einen Eckpfeiler des Kassenarztsystems zu unterminieren: die Verantwortung der KVen für die Sicherstellung der ambulanten Versorgung. Hierzu müssen Alternativen entwi-

ckelt werden. Die einzelnen Kassen können diese Aufgabe kaum bewältigen, da sie nur für ihre eigenen Versicherten verantwortlich sind, nicht aber für ganze Regionen. Die in unserem Gesundheitswesen mit den strikt getrennten Zuständigkeiten der Sozialversicherungszweige vom Kausalprinzip geprägten Tendenzen zur organisierten Nichtverantwortung würden sich weiter zuspitzen. Hier kommt mit dem Ausbau der Selektivverträge eine neue Aufgabe auf die Länder zu (*Ebsen 2011*), der sie sich notgedrungen, wenn auch zögerlich, zu nähern beginnen (*am Orde und Reiners 2011; Reiners 2011*).

4 Neue Versorgungsformen und die Verantwortung der Länder: Reformoptionen

Das Grundgesetz gibt den Ländern die politische Verantwortung für die allgemeine Daseinsvorsorge, zu der die Gewährleistung einer umfassenden gesundheitlichen Versorgung fraglos gehört. Daraus folgt jedoch keine direkte Zuständigkeit der Länder für die Sicherstellung der medizinischen Versorgung. Das ist im deutschen Gesundheitswesen mit seiner Aufgabenteilung zwischen Regierungsbehörden und Selbstverwaltung keine tragfähige Option. Es geht vielmehr darum, die Beziehungen zwischen den politischen Instanzen und den Selbstverwaltungsorganen neu zu ordnen. Betroffen sind drei verschiedene Ebenen: die Bedarfsplanung, die Vertragsgestaltung beziehungsweise Sicherstellung der Versorgung sowie die Rechtsaufsicht über die Einhaltung der gesetzlichen Vorschriften

In der Bedarfsplanung geht es um eine integrierte Gestaltung der ambulanten und stationären Versorgung. Diese sollte in der Letztverantwortung der Länder liegen, deren Institutionen (Landtage, Landesregierungen) die Vorgaben für eine ausreichende und qualitativ gute Versorgung mit Ärzten und Krankenhäusern in den jeweiligen Regionen der Länder festlegen. In die Entscheidungsfindung müssen die Träger der Versorgungseinrichtungen und Krankenkassen eingebunden sein, was in der Landeskrankenhausplanung bereits üblich ist. Die Länder sollten den allgemeinen Rahmen der Bedarfsplanung festlegen, für den der Gemeinsame Bundesausschuss einheitliche Indikatoren beziehungsweise Referenzgrößen entwickeln sollte. Die Entscheidung darüber, wo welche Arztpraxen, MVZ oder Krankenhäuser ihren Standort haben, sollte vertraglichen Vereinbarungen zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern überlassen bleiben, die von der Politik vorgegebene Maßstäbe für Versorgungsqualität und Erreichbarkeit zu erfüllen haben. Den Ländern müssen dabei Durchgriffsrechte zugestanden werden, falls diese Vorgaben nicht eingehalten werden.

Die wohl schwierigste Aufgabe besteht in der Neuordnung der Zuständigkeiten für die Sicherstellung der Versorgung in der ambulanten Versorgung. Die radikale Lösung würde darin bestehen, das gesamte KV-System aufzulösen und den Sicherstellungsauftrag allein den Krankenkassen zu übertragen, die dafür gegenüber dem Land die Garantie übernehmen. Abgesehen von den damit verbundenen organisatorischen Problemen würde ein solcher Systembruch die Vertragsärzte aus ihren Verpflichtungen als Mitglieder einer Körperschaft des öffentlichen Rechts entlassen. Es ist daher ratsam, dass die Vertragsärzte weiterhin Zwangsmitglieder der KVen bleiben. Diese wären sowohl für Disziplinarfragen verantwortlich als auch für die jeweiligen noch bestehenden Kollektivverträge in der ambulanten Versorgung. Für die Selektivverträge übernehmen in diesem System ausschließlich die jeweiligen Krankenkassen die Gewähr für die Versorgungsqualität. Die Vermeidung von Unter- und Überversorgung muss in der gemeinsamen Verantwortung aller Krankenkassen liegen.

Die Sicherstellung der stationären Versorgung ist in diesem System weiterhin Aufgabe der Länder, jedoch mit einem erheblichen Unterschied zum geltenden Recht. Sie entscheiden nicht mehr konkret über die zugelassenen Plankrankenhäuser und deren Kapazitäten, sondern stellen sicher, dass den Bürgern in den Regionen des Landes eine den jeweiligen Erfordernissen entsprechende Krankenhausversorgung zur Verfügung steht. Welche Kliniken mit welchen Abteilungen dafür in Frage kommen, bleibt den Verträgen der Krankenkassen überlassen. Diese müssen so gestaltet sein, dass die Vorgaben der Landeskrankenhausplanung flächendeckend erfüllt werden. Andernfalls können die Länder deren Genehmigung verweigern und Nachbesserungen einfordern und gegebenenfalls durchsetzen.

Ein solches integriertes Sicherstellungssystem kann nur funktionieren, wenn die Landesbehörden im Rahmen der Rechtsaufsicht konkrete Durchgriffsrechte für den Fall haben, dass die Vorgaben der Bedarfsplanung und die rechtlich festgelegten Kriterien für eine angemessene Versorgung nicht erfüllt werden. Gegenwärtig haben sie nur die Zuständigkeit für die Aufsicht der KVen und der Regionalkassen mit Sitz im jeweiligen Land. Für die bundesweiten Ersatz- und Betriebskrankenkassen ist das Bundesversicherungsamt (BVA) zuständig. Der wachsende Marktanteil der bundesweiten Krankenkassen führt dazu, dass das BVA immer mehr Zuständigkeiten für die regionalen Versorgungsstrukturen erhält, die es gar nicht angemessen wahrnehmen kann. Vor diesem Hintergrund sollte die Aufteilung der Zuständigkeit der Aufsichtsbehörden vom Bund und den Ländern nach regionalen Kriterien zugunsten einer funktionalen Arbeitsteilung geändert werden. Bereits vor zehn Jahren hat der damalige BVA-Präsident Daubenbüchel in einer Bund-Länder-Arbeitsgruppe angeregt, die Aufsicht über die Haushalte der

Krankenkassen dem Bund zu übertragen, während sich die Länder um die weitgehend auf der regionalen Ebene laufenden Versorgungsverträge kümmern sollten. Dagegen wird eingewendet, man könne Fragen des Haushalts und der Beitragsgestaltung nicht von den Verträgen trennen, die eine Kasse mit Leistungserbringern geschlossen hat. Dieses Problem lässt sich durch entsprechend intensivierete Abstimmungen zwischen BVA und Landesbehörden lösen. Entscheidend ist, dass die politische Verantwortung der Länder ohne die Zuständigkeit für die Rechtsaufsicht aller für ihr Gebiet geschlossenen Versorgungsverträge nicht gewährleistet ist. Damit sollen die mit einer neuen Arbeitsteilung zwischen dem Bund und den Ländern verbundenen rechtlichen und prozessualen Probleme gar nicht kleingeredet werden. Aber sie sind lösbar, wenn man nicht die Bedenken, sondern die damit verbundenen Chancen in den Vordergrund stellt.

5 Ausblick

Wie eingangs erwähnt, kann man nicht erwarten, dass die hier angesprochenen Fragen eine nennenswerte Rolle im Bundestagswahlkampf 2013 spielen werden. Sie taugen nicht für parteipolitische Auseinandersetzungen, was nicht heißt, dass sie nicht auf der gesundheitspolitischen Agenda stehen. Gefordert sind vor allem die Länder, denn sie tragen letztlich die Verantwortung für eine flächendeckende medizinische Versorgung. Die Fehlallokationen und regionalen Disparitäten im Gesundheitswesen werden sich ohne Reformen weiter zuspitzen und ihnen schwer zu schaffen machen. Die SPD-nahe Friedrich-Ebert-Stiftung und die den Grünen verbundene Heinrich-Böll-Stiftung haben kürzlich Arbeitspapiere vorgelegt, die mit jeweils unterschiedlicher Akzentuierung der Förderung integrierter Versorgungsformen Priorität einräumen und den Weg dazu über Selektivverträge ebnen wollen (*FES 2013; HBS 2013*). Von der Union liegen hierzu noch keine Vorschläge vor.

Literatur

Am Orde B, Reiners H (2011): Das Versorgungsgesetz und die Erwartungen der Länder. Gesundheits- und Sozialpolitik, Jg. 65, Heft 1, 43–45

Cassel D, Ebsen I, Greß S et al. (2008): Vertragswettbewerb in der GKV. Möglichkeiten und Grenzen vor und nach der Gesundheitsreform der Großen Koalition. Bonn: Wissenschaftliches Institut der AOK (WidO)

Ebsen I (2011): Zur Rolle der Länder bei der Sicherstellung bedarfsgerechter medizinischer Versorgung. Gesundheits- und Sozialpolitik, Jg. 65, Heft 1, 46–56

FES (Friedrich-Ebert-Stiftung) (Hrsg.) (2013): Wettbewerb, Sicherstellung, Honorierung. Neuordnung der Versorgung im deutschen Gesundheitswesen. www.library.fes.de/pdf-files/wiso/09893.pdf (letzter Zugriff am 20.06.2013)

Gass G (2012): Die Übernahme von Verantwortung im ambulanten Bereich. Gesundheits- und Sozialpolitik, Jg. 66, Heft 6, 34–41

HBS (Heinrich-Böll-Stiftung) (Hrsg.) (2013): Wie geht es uns morgen? Wege zu mehr Effizienz, Qualität und Humanität in einem solidarischen Gesundheitswesen. www.boell.de/downloads/2013_02_Bericht_der_Gesundheitskommission.pdf (letzter Zugriff am 20.06.2013)

Jahn E, Jahn H-H, Krasemann EO et al. (1973): Die Gesundheits-sicherung in der Bundesrepublik Deutschland. Analyse und Vorschläge zur Reform. Dritte durchgesehene Auflage. Köln: Bund-Verlag

KBV (Kassenärztliche Bundesvereinigung) (2013): Honorarbericht für das erste Quartal 2012 – Zahlen und Fakten. www.kbv.de/41532.html

Knieps F (2012): Die Gesundheitsversorgung der Zukunft. Neue Versorgungsformen in Deutschland. In: Klein B und Weller M (Hrsg.). Masterplan Gesundheitswesen 2020. Baden-Baden: Nomos, 65–83

Reiners H (2009): Gesundheitspolitik als Implantierung von „Reformviren“. Anmerkungen zum Postulat einer nachhaltigen GKV-Reform. G+G-Wissenschaft, Jg. 9, Heft 3, 7–12

Reiners H (2011): Sicherstellung der Versorgung: Aufgaben und Herausforderungen für die Länder. In: Jacobs K und Schulze S (Hrsg.). Sicherstellung der Gesundheitsversorgung. Neue Konzepte für Stadt und Land. Berlin: KomPart, 73–95

Reiners H (2012): Kassenwettbewerb und neue Versorgungsformen – Anmerkungen zum Sondergutachten des SVR-Gesundheit. Gesundheits- und Sozialpolitik, Jg. 66, Heft 5, 21–28

SVR-G (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen) (2009): Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens. <http://dipbt.bundestag.de/dip21/btd/16/137/1613770.pdf> (letzter Zugriff am 21.06.2013)

SVR-G (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen) (2012): Wettbewerb an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Versorgung. Sondergutachten 2012. Bundestags-Drucksache 17/10323. <http://dipbt.bundestag.de/dip21/btd/17/103/17103323.pdf> (letzter Zugriff am 21.06.2013)

Töns H (1983): Hundert Jahre gesetzliche Krankenversicherung im Blick der Ortskrankenkassen. Bonn: Verlag der Ortskrankenkassen

Von Ferber C, Radebold H, Graf von der Schulenburg M (Hrsg.) (1989): Die demographische Herausforderung. Beiträge zur Gesundheitsökonomie. Band 23. Gerlingen: Bleicher

DER AUTOR



Dipl.-Volkswirt Hartmut Reiners, Jahrgang 1945, Ökonom und Publizist, lebt in Berlin. Bis 2009 Referatsleiter Grundsatzfragen der Gesundheitspolitik im Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Familie (MAGS) des Landes Brandenburg; zuvor in gleicher Funktion im MAGS Nordrhein-Westfalen. In dieser Eigenschaft an allen

GKV-Reformgesetzen seit 1988 beteiligt. Von Juli 1987 bis Februar 1990 Mitglied (Sachverständiger) der Enquete-Kommission des Bundestages zur Strukturreform der gesetzlichen Krankenversicherung. Zahlreiche Veröffentlichungen zur Gesundheitspolitik und Gesundheitsökonomie.