

# Kassenwettbewerb, Selektivverträge und die Rolle der Länder<sup>1</sup>

*Die Zentralisationsprozesse und der Vertragswettbewerb in der GKV drohen wichtige Steuerungs- und Aufsichtsfunktionen der Länder auszuhebeln und gefährden damit ihren Verfassungsauftrag zur Gewährleistungen gleicher Lebensverhältnisse. Erforderlich sind eine integrierte Bedarfsplanung im Gesundheitswesen mit der Letztverantwortung der Länder, die Neuordnung des Sicherstellungsauftrages sowohl in der ambulanten als auch in der stationären Versorgung sowie eine funktionale Arbeitsteilung zwischen dem Bund und den Ländern in der Rechtsaufsicht des GKV-Systems.*

## ■ Hartmut Reiners

Die beiden letzten GKV-Reformen von 2003 und 2007 haben Kassenfusionen beschleunigt und die Flexibilisierung der Vertragsbeziehungen zwischen den Krankenkassen und den Leistungserbringern gefördert. Diese Entwicklungen sind politisch gewollt, haben jedoch nachhaltige Konsequenzen für das Verhältnis von GKV-Selbstverwaltung und politischer Steuerung<sup>2</sup>, insbesondere für die Länder. Diese stehen vor der Wahl, entweder ihre gesundheitspolitische Kompetenz in entscheidenden Bereichen zu verlieren, oder grundlegende Reformen in Gang zu setzen, die ihnen Handlungsspielräume eröffnen, ihrer Verantwortung für die medizinische Versorgung ihrer Bürger gerecht zu werden. Der Gesundheitsministerkonferenz der Länder (GMK) am 1. Juli 2010 liegt ein von der Amtschefkonferenz (Staatssekretäre) zuvor abgesegneter Beschlussvorschlag vor, der auf eine Reform der Zuständigkeiten in der Bedarfsplanung, Sicherstellung und Aufsicht in der medizinischen Versorgung bzw. dem GKV-System abzielt.<sup>3</sup> Die dort sehr vorsichtig formulierten Postulate sind Ausdruck unvermeidlicher Kompromisse und noch nicht ausdiskutierter Vorstellungen. Aber damit wird eine längst überfällige Diskussion auf die gesundheitspolitische Tagesordnung gesetzt, die sehr viel mehr Substanz hat als die bizarren Vorgänge um die Einführung einer Kopfpauschale.

---

Hartmut Reiners, Ökonom und Publizist. Bis Februar 2010 Referatsleiter Grundsatzfragen der Gesundheitspolitik im Gesundheitsministerium von Brandenburg.

## 1. Bedarfsplanung und Sicherstellung der Versorgung: Sachstand und Probleme

In der medizinischen Versorgung gilt ein zweigeteilter Sicherstellungsauftrag. Während die Länder die Verantwortung für die Krankenhausversorgung tragen, überträgt das SGB V die Sicherstellung der ambulanten Versorgung den Krankenkassenverbänden und Kassenärztlichen Vereinigungen (KV). Daraus ergeben sich Parallelstrukturen, die den sich aus der demographischen Entwicklung und dem medizinischen Fortschritt ergebenden Anforderungen schon lange nicht mehr gerecht werden. Hinzu kommen vor allem in der ambulanten Versorgung völlig unzureichende Bedarfs- und Zulassungskriterien.

### 1.1 Ambulante Versorgung

Die Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) haben den Krankenkassen gegenüber eine ambulante ärztliche Versorgung zu gewährleisten (§ 75 Abs. 1 SGB V), deren Umfang in § 73 Abs. 2 SGB V festgelegt ist. Diese Aufgabe umfasst nicht nur die Sicherstellung einer flächendeckenden ambulanten ärztlichen Versorgung, sondern auch auf die Sicherung von Qualität und Wirtschaftlichkeit sowie disziplinarische Funktionen. Den KVEn wird im § 105 SGB V für die Erfüllung dieses Auftrags ein relativ weiter Spielraum gegeben. Sie dürfen „alle geeigneten finanziellen und sonstigen Maßnahmen“ ergreifen.

Dieser Sicherstellungsauftrag steht in direktem Zusammenhang mit der von den Krankenkassen mit „befreiernder Wirkung“ gezahlten Gesamtvergütung. Seit Ende der 1990er Jahre haben die Krankenkassen aber mit jedem nachfolgenden Reformgesetz weiter ausgebaut die Möglich-

keiten erhalten, außerhalb der Gesamtvergütung stehende Verträge mit Ärzten oder Arztgruppen abzuschließen. Zu nennen sind hier die Strukturverträge und Modellvorhaben (§ 73a bzw. 63 ff. SGB V), strukturierte Behandlungsprogramme für chronisch Kranke (DMP, §§ 73 c und 137 f SGB V) sowie die hausarztzentrierte Versorgung (§ 73 b). Hinzu kommen die ebenfalls Schritt für Schritt erweiterten Möglichkeiten der Krankenhäuser, über die der KV unterstellten Ermächtigungen hinaus an der ambulanten Versorgung teilzunehmen (ambulantes Operieren nach § 115 b SGB V, Leistungen im Rahmen von DMP-Verträgen, hochspezialisierte Leistungen nach § 116 b SGB V).

In dem Maß, wie die Selektivverträge ausgebaut werden und die Zahl der von Krankenhäusern durchgeführten ambulanten Behandlungen steigt, wird der Sicherstellungsauftrag der KV für die ambulante Versorgung ausgehebelt. Diese Entwicklung wurde insbesondere durch die seit 2007 geltende Verpflichtung der Krankenkassen beschleunigt, ihren Versicherten hausarztzentrierte Versorgungsmodelle anzubieten und entsprechende Verträge abzuschließen. Mit einem Herauslösen dieses zentralen Teils der ambulanten Versorgung aus der Gesamtvergütung werden nicht nur die Honorarverteilungsfunktionen der KV reduziert, sondern auch deren Aufgaben in der Kontrolle der vertragsärztlichen Pflichten und der Qualitätssicherung beschnitten.

Völlig unbefriedigend sind die Regelungen in der vertragsärztlichen Bedarfsplanung. Die Kassenärztlichen Vereinigungen erstellen im Einvernehmen mit den Krankenkassen sowie im Benehmen mit den Ländern gemäß § 99 SGB V die Bedarfspläne in der vertragsärztlichen Versorgung. Die Landesausschüsse der Ärzte und Krankenkassen stellen auf Basis der vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) erlassenen Bedarfsplanungs-Richtlinien fest, in welchen Planungsbezirken für welche Arztgruppen Über- bzw. Unterversorgung vorliegt.<sup>4</sup> Sie können auch innerhalb der Planungsbereiche einen zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarf feststellen (§ 100 Abs. 3 SGB V). Diese Richtlinien wurden Anfang der 1990er Jahre als Reaktion auf eine damals heraufbeschworene „Ärzteschwemme“ aufgestellt, von der schon lange keine Rede mehr sein kann. Die Zahl der Vertragsärztinnen und -ärzte ist allein von 1998 bis 2008 um 6,9 Prozent gestiegen. Allerdings verbirgt sich dahinter ein erhebliches regionales Gefälle sowohl zwischen den als auch innerhalb der KV-Bezirke. So hatten Brandenburg und Niedersachsen am 31.12. 2008 mit 807 bzw. 744 Einwohnern je Vertragsarzt deutlich eine niedrigere Versorgungsdichte als Bayern (634) oder Schleswig-Holstein (675).<sup>5</sup>

Diese Schieflage ist u. a. Resultat der Orientierung am Raumordnungsmodell des Bundesamtes für Bauwesen und Raumordnung, das an den Problemen der Bedarfsplanung im Gesundheitswesen vorbeigeht (Fülop et al. 2007). Zum einen sind dafür die kreisfreien Städte und Landkreise ungeeignete Bezugsgrößen, weil sie Disparitäten in der Versorgungsdichte innerhalb ihres Gebietes nicht erfassen. Dadurch sind insbesondere in der fachärztlichen Versorgung große Versorgungsdisparitäten entstanden. Zum

zweiten werden die Alters- und Morbiditätsstrukturen und die sich daraus ergebenden Behandlungsbedarfe nicht angemessen erfasst.

Die Länder haben im Rahmen der Rechtsaufsicht keine Möglichkeiten, auf die ärztliche Bedarfsplanung Einfluss zu nehmen. Gleichwohl macht die Öffentlichkeit nicht die eigentlich zuständigen KVen und Krankenkassenverbände für Versorgungsmängel verantwortlich, sondern die jeweiligen Landesregierungen. Die Bürger interessieren sich nicht für ordnungspolitische Grundsätze wie das Selbstverwaltungsprinzip und den Sicherstellungsauftrag der KV. Verweise von Politikern auf die Verantwortung der Kassenärztlichen Vereinigungen und Kassenverbände erwecken nur den Eindruck, sie wollten sich vor der Verantwortung drücken. Aber die Landespolitik verfügt über keine effektiven Instrumente zu deren Wahrnehmung.

## 1.2 Stationäre Versorgung

In der stationären Versorgung scheint die Zuständigkeit für die Sicherstellung der Versorgung eindeutig festzustehen. Sie wird gem. § 6 KHG von den Ländern wahrgenommen, wobei Näheres in deren Krankenhausgesetzen geregelt wird. Die Länder bestimmen im Krankenhausbedarfsplan die an der Versorgung teilnehmenden Plankrankenhäuser. Die Krankenkassen dürfen ihrerseits nur Verträge mit Hochschulkliniken, den in den Krankenhausbedarfsplan eines Landes aufgenommenen Krankenhäusern sowie mit Krankenhäusern abschließen, mit denen die Krankenkassenverbände einen gemeinsamen Versorgungsvertrag geschlossen haben (§ 108 SGB V). Die zwischen den Krankenhausträgern und den Krankenkassenverbänden vereinbarten Pflegesätze müssen die Landesbehörden genehmigen (§ 18 Abs. 5 KHG). So weit scheint alles klar geregelt zu sein. Die Länder haben die Planungshoheit und weitgehende Eingriffsmöglichkeiten in die Verträge zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern.

Doch dieser Schein trügt. Zum einen müssen die Krankenkassen nicht mehr mit allen Plankrankenhäusern kontrahieren. Eine Vertragskündigung, die von allen Krankenkassen gemeinsam ausgesprochen werden muss, ist zwar bislang noch nicht vollzogen worden. Aber die Drohung damit ist schon ein Mittel der Krankenkassen, auf die Bedarfsplanung der Länder Einfluss zu nehmen. Alles in allem ist de facto die Sicherstellung der Krankenhausversorgung nicht mehr allein Sache der Länder, weil diese auf einen Konsens mit den Krankenkassen angewiesen sind. Die jedes einzelne Krankenhaus nach Abteilungen erfassende staatliche Planung wird auch durch die vom Gesetzgeber geförderte Öffnung der Krankenhäuser für die ambulante Versorgung (siehe oben) tendenziell unterlaufen. Der Aufbau von Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) eröffnet kleineren, kaum noch lebensfähigen Krankenhäusern insbesondere in ländlichen Regionen neue Perspektiven in der ambulanten und teilstationären Versorgung.

Auch der Einfluss der Länder in der Krankenhausfinanzierung schwindet. Sie ziehen sich schleichend aus der Investitionsfinanzierung zurück, was sich in einer je nach Land unterschiedlich ausgeprägten Verlagerung von der Einzel- zur Pauschalfinanzierung äußert. Länder wie Nordrhein-Westfalen sind zu einer „leistungsbezogenen Investitionsfinanzierung“ übergegangen, die die im Krankenhausfinanzierungsgesetz von 1972 festgelegte Trennung von Einzel- und Pauschalförderung beseitigt (Winterer 2009). Der Anteil der Länder an der Krankenhausfinanzierung hat sich seit 1991 von 10 auf mittlerweile 5 Prozent halbiert (Leber 2008: 83 f.). Der endgültige Abschied von der dualen zu Gunsten einer monistischen Krankenhausfinanzierung ist nur noch eine Frage der Zeit und im Prinzip auch ohne technische Probleme (SVR-G 2007: Ziffern 558 ff., Rürup et al. 2008).

Vor diesem Hintergrund ist die von den Landesbehörden zu verantwortende Krankenhausplanung zwar ohne tragfähige Perspektive. Es wäre aber fahrlässig, diese Aufgabe dem Vertragswettbewerb unter den Krankenkassen zu übertragen. Die Landespolitik hat immer die politische Verantwortung für ein bedarfsgerechtes Angebot an stationären Versorgungseinrichtungen in allen Regionen des Landes. Sie muss die diesem Postulat Rechnung tragenden Regeln aufstellen, nach denen die Krankenkassen Versorgungsverträge mit den Krankenhausträgern abschließen. Das schließt Richtlinien für die Versorgungsqualität ebenso ein wie die Festlegung von Bevölkerungsrelationen in der Versorgungsdichte. Aber die Frage, mit welchen Krankenhäusern die Krankenkassen zu kontrahieren haben, um diese Vorgaben zu erfüllen, muss nicht unbedingt die Landeskrankenhausplanung regeln.

## **2. Bedarfsplanung und Sicherstellung der Versorgung als gemeinsame Aufgabe von Landesbehörden und Selbstverwaltung**

Mit den ihnen jeweils gegenwärtig zur Verfügung stehenden Steuerungsinstrumenten sind weder die Länder noch das GKV-System mit seiner gemeinsamen Selbstverwaltung in der Lage, die beschriebenen Entwicklungen in den Griff zu bekommen. Das gilt auch für eine Übertragung der gesamten Verantwortung für die Bedarfsplanung und Sicherstellung der Versorgung auf Bundes- und Landesbehörden. Ein derart radikaler ordnungspolitischer Paradigmenwechsel würde mehr Probleme schaffen als lösen. Vielmehr muss die Aufgabenteilung zwischen Landesbehörden und GKV-Selbstverwaltung ebenso neu geordnet werden wie die Zuständigkeiten in der Aufsicht durch Bundes- und Landesbehörden.<sup>6</sup>

### **2.1 Sektorübergreifende Bedarfsplanung**

Unter Fachleuten besteht schon seit Längerem kein Zweifel daran, dass wir eine integrierte, die traditionelle Trennung in ambulante und stationäre Versorgung überwindende Bedarfsplanung benötigen. Die Umsetzung dieses Postu-

lates ist jedoch angesichts der geteilten Zuständigkeiten für die ambulante und stationäre Versorgung leichter gesagt als getan. Es sind nämlich nicht nur unterschiedliche Entscheidungs- und Steuerungskompetenzen betroffen, sondern auch voneinander abweichende Planungsgrundlagen und Instrumentarien zur Messung des Versorgungsbedarfes.

Das in einer Demokratie übliche Prinzip der Politik gebietet, dass die Letztverantwortung für eine sektorübergreifende Bedarfsplanung nur bei den Ländern liegen kann. Sie müssen die allgemeinen Vorgaben für eine ausreichende und qualitativ gute Versorgung mit Ärzten und Krankenhäusern festlegen, was nicht heißt, dass dies ohne Beteiligung der Träger der gesundheitlichen Versorgung und Kommunen geschieht. Deren Einbindung in die Entscheidungsfindung muss gewährleistet sein. Viele Landeskrankenhausgesetze sehen dies bereits heute in Form von Regionalkonferenzen vor, die die Landeskrankenhausplanung begleiten. In der Landesplanung sollten keine konkreten Standortfestschreibungen für Arztpraxen oder Krankenhäuser erfolgen. Vielmehr sollte ein allgemeiner Rahmen für die Qualität und die Erreichbarkeit von Versorgungseinrichtungen festgelegt werden, einschließlich der Notfallversorgung und der Erreichbarkeit von Ärzten außerhalb der Regelzeiten. Diese Regelungen gelten verpflichtend für alle Krankenkassen, die unabhängig von ihrem Marktanteil entsprechende Verträge für ihre Versicherten vorhalten müssen.

Technische Voraussetzung für eine solche Neuordnung der Bedarfsplanung ist eine einheitliche Datengrundlage. Diese mit absoluter Priorität zu erledigende Aufgabe kann nur als Gemeinschaftsarbeit von Selbstverwaltung, Bund und Ländern mit fachlicher Unterstützung der Versorgungsforschung bewältigt werden. Ein wesentliches Problem besteht darin, regional hinreichend differenzierte Morbiditätsdaten zu ermitteln. Dafür bieten sich zum einen die vom Bundesversicherungsamt für den RSA erhobenen Daten an. Außerdem wären die Abrechnungsdaten der GKV, die Krankenhausdiagnosestatistik und sonstige Surveydaten auf ihre Verwendbarkeit hin zu überprüfen. Daraus kann eine einheitliche gesetzliche Datengrundlage für die regionale Versorgungsplanung erarbeitet werden. Auf jeden Fall ist die Klage, es gebe keine geeigneten Daten, eine Schutzbehauptung. Sie sind durchaus vorhanden, müssen aber der institutionalisierten Monopolisierung entzogen und entsprechend aufbereitet werden.

Dem Landesrecht sollte es vorbehalten sein, die Planungsregionen und den genauen Ablauf der Bedarfsplanung festzulegen. Es wäre grober Unfug, Stadtstaaten wie Hamburg oder Berlin das gleiche Planungsverfahren wie in Brandenburg oder Bayern überzustülpen. Man wird nie in ländlichen Regionen eine mit Großstädten vergleichbare Versorgungsdichte mit Fachärzten oder Krankenhäusern erreichen können; das ist weder wünschenswert noch finanziert. Aber die medizinische Versorgung muss so organisiert werden, dass die aus den größeren Entfernungen und einer niedrigeren Bevölkerungsdichte entstehenden Versorgungsabläufe angemessen berücksichtigt werden.

Das gilt auch für den Einsatz nichtärztlicher Gesundheitsberufe, denen vor allem in der Betreuung älterer Patienten in ländlichen Regionen bzw. sozialen Problembezirken einen wachsenden Aufgabenbereich haben werden (vgl. SVR-Gesundheit 2009, Ziffern 951-959).

## 2.2 Sicherstellung der medizinischen Versorgung und Funktionen der Aufsicht

Die wohl schwierigste Aufgabe besteht in der Neuordnung der Zuständigkeiten für die Sicherstellung der Versorgung. Die Crux liegt in der Frage, welche Aufgaben die in Symbiose mit den Gesamtverträgen lebenden KVen noch haben, wenn die Selektivverträge immer weiter ausgebaut werden. Die radikale Lösung würde darin bestehen, das gesamte KV-System aufzulösen und den Sicherstellungsauftrag allein den Krankenkassen zu übertragen, die dafür gegenüber den Aufsichtsbehörden die Garantie übernehmen. Abgesehen von den damit verbundenen enormen organisatorischen Problemen, würde ein solcher Systembruch die Vertragsärzte aus ihren Verpflichtungen als Mitglieder einer Körperschaft des öffentlichen Rechts entlassen. Das hat gravierende Auswirkungen auf die Gewährleistung von Qualitätsstandards und das Disziplinarrecht. Es ist daher ratsam, dass die Vertragsärzte weiterhin Zwangsmitglieder der KV bleiben. Diese könnte aber unter einem gemeinsamen Verwaltungsdach in eine Hausarzt- und ein Facharzt-KV aufgeteilt werden, die sowohl für die Qualitäts- und Disziplinarfrage verantwortlich sind, als auch für die jeweiligen nach wie vor erforderlichen Kollektivverträge für die Erfüllung von Versorgungsstandards in der ambulanten Versorgung. Für die Selektivverträge sind in diesem System ausschließlich die Verträge schließenden Krankenkassen verantwortlich.

Die Sicherstellung der stationären Versorgung bleibt in diesem System bei den Ländern, mit einem allerdings erheblichen Unterschied zum geltenden Recht. Sie entscheiden nicht mehr konkret über die zugelassenen Plankrankenhäuser, sondern stellen sicher, dass den Bürgern in den Regionen des Landes eine der jeweiligen Alters- und Morbiditätsstruktur entsprechende Krankenhausversorgung zur Verfügung steht. Welche Krankenhäuser 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.

Ein solches integriertes Sicherstellungssystem kann nur funktionieren, wenn die Landesbehörden die dafür erforderlichen Aufsichtskompetenzen haben. Diese sollten zwar nicht wie eine Fachaufsicht in das operative Vertragsgeschäft eingreifen können. Sie müssen aber Durchgriffsrechte für den Fall haben, dass die Vorgaben der Bedarfsplanung und die rechtlich festgelegten Kriterien für eine angemessene Versorgung erfüllt werden. Das ist mit dem geltenden Aufsichtsrecht nicht möglich, das die Funktion der Landesaufsichtsbehörden auf die Haushaltskontrolle

der regionalen Krankenkassen und KVen beschränkt. Außerdem führt der politisch gewollte Zentralisationsprozess bei den Krankenkassen mitsamt der Tendenz zu Selektivverträgen dazu, dass das Bundesversicherungsamt (BVA) nolens volens immer mehr Zuständigkeiten auch für die Landesebene erhält, die es gar nicht angemessen wahrnehmen kann.

Vor diesem Hintergrund gibt es eigentlich nur eine tragfähige Lösung. Die geltende Aufteilung der Zuständigkeit der Aufsichtsbehörden vom Bund und den Ländern nach regionalen und bundesweit operierenden Institutionen muss zugunsten einer funktionalen Arbeitsteilung geändert werden. Bereits vor Jahren hat der damalige BVA-Präsident Daubenbüchel angeregt, die Aufsicht über die Haushalte der Krankenkassen dem Bund zu übertragen, während sich die Länder um das weitgehend auf der regionalen Ebene abspielende Geschäft der Versorgungsverträge kümmern sollten. Dieser Denkanstoß wurde damals mit dem Hinweis abgewürgt, das sei ohne Grundgesetzänderung nicht möglich, und die sei politisch nicht durchsetzbar. Inhaltliche Gegenargumente gab es eigentlich nicht. Der eingangs erwähnte GMK-Beschluss lässt auf einen Sinneswandel bei den Landespolitikern hoffen, der in ihrem eigenen Interesse ist. Damit sollen die mit einer solchen Arbeitsteilung zwischen Bund und Ländern verbundenen rechtlichen und prozessualen Probleme gar nicht klein geredet werden. Aber die sind lösbar, wenn man nicht die Bedenken, sondern die damit verbundenen Chancen in den Vordergrund stellt.

## 3. Ausblick

Die hier nur grob skizzierten Grundzüge einer Neuordnung der Zuständigkeiten in der Bedarfsplanung, Sicherstellung und Aufsicht in der medizinischen Versorgung lassen viele praktische Fragen unbeantwortet. In einem so stark verrechtlichten Gesundheitswesen wie dem deutschen steckt der Teufel im Detail, und es wäre für jeden Autor gegenwärtig eine Überforderung, ein in sich geschlossenes, ökonomisch wie juristisch durchdachtes System präsentieren zu wollen, das auch noch politisch umsetzbar ist. Das kann nur einer breiten und tabufreien Diskussion überlassen bleiben. Meine über 20-jährige Erfahrung in der gesundheitspolitischen Praxis lässt mir auch keine Illusionen darüber, wie schwierig es sein wird, diese Überlegungen angesichts der Vielzahl und des Beharrungsvermögens der davon betroffenen Institutionen umsetzungsfertig zu machen. Erfahrungsgemäß stoßen weder Veränderungen in der GKV-Finanzierung noch im Leistungsrecht auf einen so erbitterten Widerstand wie Organisationsreformen und Eingriffe in die Zuständigkeiten von Institutionen und korporatistischen Strukturen des Gesundheitswesens. Da wird stante pede eine gemeinsame Front von wirkungsmächtigen Bedenkenträgern aktiv, die nur ein Interesse eint: die Verhinderung einer ihre überkommenen Funktionen tangierende Reform.

Nicht nur in der Gesundheitspolitik sollte man die Zahl der Reformgegner überschaubar halten. Deshalb empfiehlt es sich, zunächst nur drei Reformbaustellen zu eröffnen:

- Absolute Priorität hat die Schaffung der Datengrundlage für eine integrierte Bedarfsplanung. Ist diese nicht vorhanden, kann man sich alle weiteren Überlegungen über institutionelle Reformen der Zuständigkeiten in der Bedarfsplanung und Sicherstellung sparen.
- Ebenso auf der aktuellen politischen Agenda steht die Neuordnung der Kassenärztlichen Vereinigungen mit einer haus- und einer fachärztlichen Sektion. In einigen KVen ist diese Trennung intern bereits durch entsprechende Zuordnungen von Vorstandskompetenzen faktisch vollzogen.
- Bund und Länder sollten ein gemeinsames Konzept zur Aufteilung der Kompetenzen in der Aufsicht erarbeiten, das dem Bund die Aufsicht über die Kassenhaushalte und die GKV-Finanzen überlässt, während die Länder die Versorgungsverträge überwachen.

Schon diese ersten Reformschritte bewegen sich auf interessensvermintem Gelände. Aber es gibt keine tragfähige Alternative, wenn man die solidarische Krankenversicherung und das Prinzip der Selbstverwaltung erhalten will.

#### Fußnoten:

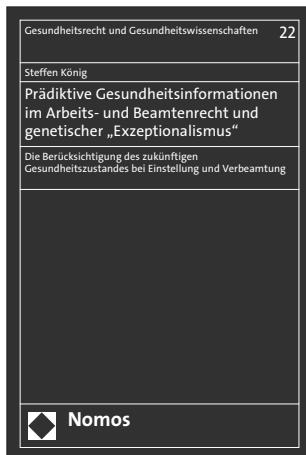
- 1 Dieser Beitrag beruht auf den Diskussionen einer von den Ländern gebildeten Arbeitsgruppe mit dem Auftrag, Optionen für eine Neugestaltung der gesundheitspolitischen Kompetenzen der Länder zu entwickeln. Bei den Kolleginnen und Kollegen dieser AG möchte ich mich an dieser Stelle für die sachbezogenen, in einigen Punkten auch kontroversen Debatten bedanken, die wesentlich dazu beigetragen haben, meine hier wiedergegebenen persönlichen Gedanken zu Fragen der Verantwortung für die Sicherstellung der medizinischen Versorgung zu schärfen.
- 2 Wenn Ärzte- und Kassenfunktionäre das Gespenst einer „Staatsmedizin“ beschwören, sei daran erinnert, dass die Krankenkassen, Ärztekam-

mern und KVen Körperschaften des öffentlichen Rechts und damit Teil des Staates sind.

- 3 Bei Redaktionsschluss lag die Entscheidung der GMK über diesen Antrag noch nicht vor.
- 4 Bei einer Überschreitung des „bedarfsgerechten Versorgungsgrades“ in einer Arztgruppe um 10 Prozent werden Planungsbezirke für weitere Zulassungen gesperrt. Bei einer Unterschreitung dieser Richtgröße um 25 Prozent (Hausärzte) bzw. 50 Prozent (Fachärzte) liegt Unterversorgung vor, bei der spezifische Maßnahmen ergriffen werden können.
- 5 Ohne ermächtigte Ärzte. Quelle: KBV, Statistisches Bundesamt, eigene Berechnungen.
- 6 Es versteht sich, dass zu dieser ordnungspolitischen Neuordnung auch ein indikationsbezogenes Vergütungssystem gehört, das in seiner Systematik gleichermaßen für Krankenhäuser wie für ambulante Einrichtungen gilt (vgl. Hildebrandt et al. 2009). Auf die damit zusammenhängenden Fragen können hier schon aus Platzgründen nicht eingegangen werden.

#### Literatur:

- Fülop, G. et al. (2007): Bedarfsgerechte Versorgungsplanung. *Gesundheits- und Sozialpolitik* 61. Jg., Heft 9-10: 57-63  
 Hildebrandt, H. et al. (2009): Die Hohe Kunst der Anreize: Neue Vergütungsstrukturen im deutschen Gesundheitswesen und der Bedarf für Systemlösungen. *Sozialer Fortschritt* 58. Jg., Heft 7: 154-160  
 Leber, W.-D. et al. (2008): Elektiv wird selektiv. Grundzüge eines wettbewerbsorientierten, nach Leistungen differenzierten Ordnungsrahmens für Krankenhäuser ab dem Jahr 2009.  
 Klauber, J. et al. (Hrsg.) (2007): *Krankenhausreport 2007: Krankenhausvergütung – Ende der Konvergenzphase?*. Stuttgart-New York (Schattauer): 81-106  
 Rürup, B. et al. (2008): Umstellung auf eine monistische Finanzierung von Krankenhäusern. [www.iges.de/publikationen/gutachten/klinikfinanzierung\\_2008](http://www.iges.de/publikationen/gutachten/klinikfinanzierung_2008) (Zugriff: 13.6.2010)  
 SVR-Gesundheit (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen) (2007): Kooperation und Verantwortung – Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung. Gutachten 2007. Baden-Baden (Nomos)  
 SVR-Gesundheit (2009): Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens. Sondergutachten 2009. Baden-Baden (Nomos)  
 Winterer, A. (2009): Neue Wege der Krankenhausfinanzierung – leistungsbezogene Investitionsförderung in NRW, Klauber, J. et al.: *Krankenhausreport 2008/2009*. Schwerpunkt: Versorgungszentren. Stuttgart-New York (Schattauer): 143-154



## Prädiktive Gesundheitsinformationen im Arbeits- und Beamtenrecht und genetischer „Exzceptionalismus“

Die Berücksichtigung des zukünftigen Gesundheitszustandes bei Einstellung und Verbeamung

Von Dr. Steffen König

2010, 226 S., brosch., 55,- €, ISBN 978-3-8329-5088-0

(Gesundheitsrecht und Gesundheitswissenschaften, Bd. 22)

Die Arbeit behandelt die rechtspolitisch wie rechtspraktisch bedeutsame Frage, inwieweit dem einstellenden Arbeitgeber oder Dienstherrn der Blick in die gesundheitliche Zukunft des Bewerbers bzw. Anwärters gestattet werden kann. Im Fokus der Untersuchung stehen hierfür nicht ausschließlich genetische, sondern ebenso nichtgenetische Gesundheitsinformationen.



**Nomos**

Bitte bestellen Sie im Buchhandel oder versandkostenfrei unter ► [www.nomos-shop.de](http://www.nomos-shop.de)