

# Krankenhaus-Report 2012

## „Regionalität“

Jürgen Klauber / Max Geraedts /  
Jörg Friedrich / Jürgen Wasem (Hrsg.)

Schattauer (Stuttgart) 2012

Auszug Seite 3–18



<b>1</b>	<b>Regionalität – Anmerkungen aus ordnungspolitischer Sicht .....</b>	<b>3</b>
	<i>Klaus Jacobs, Wilhelm F. Schröder und Jürgen Wasem</i>	
1.1	Einleitung .....	3
1.2	Erstes Regionalbeispiel: Der „Fall City BKK“ .....	4
1.2.1	Die erstmals angeordnete Schließung einer Krankenkasse .....	4
1.2.2	Regionale Versorgungs- und Ausgabenstrukturen.....	6
1.3	Zweites Regionalbeispiel: Das Versorgungsstrukturgesetz.....	9
1.3.1	Sicherung einer flächendeckenden Versorgung.....	9
1.3.2	„Flexibilisierung und Regionalisierung“ bei der Ärztevergütung .....	9
1.3.3	Etablierung eines „sektorverbindenden“ Versorgungsbereichs .....	10
1.3.4	Unterschiedliche Regionalperspektiven .....	11
1.4	Perspektiven der regionalen Versorgungssteuerung .....	12
1.4.1	Analysen regionaler Versorgungsunterschiede .....	12
1.4.2	Regionalfaktoren als Wettbewerbsfaktor der Kassen .....	13
1.4.3	Festhalten an überkommenen Instrumenten .....	15
1.4.4	Verzicht auf ordnungspolitische Klarheit .....	16
	Literatur.....	18

# 1 Regionalität – Anmerkungen aus ordnungspolitischer Sicht

Klaus Jacobs, Wilhelm F. Schröder und Jürgen Wasem

## Abstract

In der gesundheitspolitischen Debatte erweist sich „Regionalität“ zunehmend als neuer Schlüsselbegriff. Zwei aktuelle „Regionalbeispiele“ aus dem Jahr 2011 sollen helfen, unterschiedliche ordnungspolitische Dimensionen dieses Begriffs zu identifizieren: die erstmals durch die Aufsicht erfolgte Schließung einer Krankenkasse, der City BKK, sowie die Gesetzgebung zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung. Beide Beispiele verweisen auf unterschiedliche Regionaldimensionen: regionale Unterschiede im Versorgungsgeschehen sowie Versuche ihrer Erklärung und der gezielten Beeinflussung. Dabei lassen die aktuell vorgesehenen Reformmaßnahmen jeden Anspruch auf ordnungspolitische Klarheit vermissen. Insbesondere wird die Chance verpasst, den Krankenkassenwettbewerb stärker versorgungsorientiert zu funktionalisieren – gerade auch im Hinblick auf bestehende Versorgungsunterschiede in regionaler Sicht.

In the health policy debate, „regionality“ increasingly proves to be a new keyword. Two recent “regional examples” from the year 2011 help to identify different regulatory dimensions of this concept: the fact that for the first time the supervisory authority closed down a health insurance company, the City BKK, and the legislation to improve the supply structure of Statutory Health Insurance in Germany. Both examples refer to different regional dimensions: regional differences in health care provision and attempts to explain and influence them. However, the current reform measures lack any sign of regulatory clarity. In particular, the opportunity to achieve a more supply-oriented competition in health insurance has been missed – especially with regard to current differences in the supply structure from a regional perspective.

## 1.1 Einleitung

Wirtschaftlichkeit und Qualität, Solidarität und Wettbewerb, Bedarfsgerechtigkeit – letztlich sind es immer nur wenige „Schlüsselbegriffe“, um die sich praktisch die gesamte gesundheitspolitische Diskussion in Vergangenheit und Gegenwart und gewiss auch in näherer und weiterer Zukunft vorrangig dreht. Allerdings geht es meist um teilweise hochkomplexe Sachverhalte, die mit diesen Begriffen verbunden sind, so dass oftmals – je nach Standpunkt und Perspektive – ganz unterschiedliche In-

halte mit ihnen verknüpft werden. Das gilt auch für den Begriff der „Regionalität“, der sich zunehmend als weiterer Schlüsselbegriff in der gesundheitspolitischen Diskussion ausmachen lässt.

Auf die Frage nach den Arbeitsschwerpunkten in den ersten 100 Tagen seiner Amtszeit hat Bundesgesundheitsminister Daniel Bahr Ende August 2010 in verschiedenen Interviews stets drei Themen genannt: neben der akuten Gefahr einer Epidemie des Darmkeims EHEC im Frühsommer 2011 waren dies zum einen der „Fall City BKK“ und zum anderen die Vorbereitungen zum „GKV-Versorgungsstrukturgesetz“, das in der Presse vielfach auch verkürzt als „Landarztgesetz“ bezeichnet wird. Insbesondere diese beiden Themen haben jeweils unmittelbare „Regionalitätsbezüge“ und erscheinen deshalb für einen praxisbezogenen Einstieg in diese Thematik geradezu prädestiniert. Deshalb sollen die beiden Themen im Folgenden jeweils kurz dargestellt und im Hinblick auf ihre zentralen „Regionalitäts-Dimensionen“ beleuchtet werden. Im Anschluss daran sollen einige Schlussfolgerungen gezogen werden, die sich insbesondere dem aktuellen „Zustand“ der (auch regionalen) Versorgungssteuerung widmen.

## 1.2 Erstes Regionalbeispiel: Der „Fall City BKK“

### 1.2.1 Die erstmals angeordnete Schließung einer Krankenkasse

Am 4. Mai 2011 teilte das Bundesversicherungsamt (BVA) öffentlich mit, dass es nach eingehender Prüfung entschieden habe, die City BKK zum 1. Juli 2011 zu schließen. Diese Entscheidung sei laut BVA-Präsident Maximilian Gaßner unvermeidlich, weil die wirtschaftliche Leistungsfähigkeit der Kasse nicht mehr auf Dauer gesichert sei und ein Sanierungskonzept der Kasse insbesondere wegen der außerordentlich hohen Mitgliederabgänge im ersten Quartal 2011 keinen ausreichenden Erfolg gebracht habe. Weiterhin betonte das BVA, dass die finanziellen Probleme der City BKK nicht auf den Gesundheitsfonds zurückzuführen seien – bedingt durch einen großen Anteil Versicherter mit weit überdurchschnittlichen Leistungsausgaben sei die Kasse bereits vor Einführung des Gesundheitsfonds in erheblichen finanziellen Schwierigkeiten und auf finanzielle Unterstützung der anderen Betriebskrankenkassen angewiesen gewesen (BVA 2011a).

Auf große öffentliche Aufmerksamkeit stieß die in der langen Geschichte der GKV erstmalige Schließung einer Krankenkasse durch die zuständige Aufsichtsbehörde vor allem aber auch aufgrund des Verhaltens anderer Kassen, die offenbar kaum etwas unversucht ließen, die um Mitgliedschaft in einer neuen Kasse bemühten Versicherten der City BKK von sich fernzuhalten. So wurden wechselwillige Versicherte von einer Kasse zu einer eigens eingerichteten Geschäftsstelle in ungünstiger Lage beordert, während andere Kassen ihre Geschäftsstellen aufgrund von angeblichen Renovierungsarbeiten gleich ganz schlossen. Abgewimmelte Versicherte berichteten von Auskünften wie „Wir sind schon voll“ oder „Wir nehmen keine Mitglieder über 80 Jahre“ und dass gezielt der Eindruck erweckt wurde, wonach schon begonnene Behandlungen oder laufende Leistungen – etwa zur Rehabi-

litation oder Pflege – nach einem Kassenwechsel nicht problemlos fortgesetzt werden könnten („Ob Sie Ihre gewohnten Leistungen bei uns auch bekommen, müssen wir erst einmal gründlich prüfen!“; BVA 2011b).

Dieses vielfach als unwürdig empfundene, in jedem Fall eindeutig rechtswidrige Verhalten etlicher Krankenkassen hat die Aufsichten und Gesundheitspolitiker im Bund und in den betroffenen Ländern auf den Plan gerufen. Dabei wurde unmissverständlich klargestellt, dass jede gesetzliche Krankenkasse zur Aufnahme der Mitglieder der City BKK verpflichtet sei. Zudem sollen die gesetzlichen Vorschriften verschärft werden, um künftig auszuschließen, dass Krankenkassen die Aufnahme von Mitgliedern einer geschlossenen Kasse erschweren oder verhindern – bis hin zur Möglichkeit der Amtsenthebung von Kassenvorständen bei groben Pflichtverletzungen.

Im hier betrachteten Themenkontext sind vor allem die Ursachen der Geschehnisse im „Fall City BKK“ von Interesse – sowohl die Ursachen für die beträchtliche wirtschaftliche Schieflage der Kasse, die letztlich zur Anordnung ihrer Schließung geführt hat, als auch die Ursachen für das Verhalten der anderen Krankenkassen, das – diametral entgegengesetzt zum sonst üblichen Interesse jeder Kasse an der Aufnahme von neuen Mitgliedern – explizit auf deren Abwehr ausgerichtet war.

Das Besondere an der City BKK war die starke regionale Konzentration ihrer Versicherten, die ganz überwiegend in Berlin und Hamburg lebten. Die Kasse war 2004 durch Fusion der Betriebskrankenkassen für die Beschäftigten im öffentlichen Dienst der beiden Stadtstaaten entstanden; ein Jahr später schlossen sich noch zwei weitere Betriebskrankenkassen an. Wie schon ihre beiden Vorgängerkassen in Berlin und Hamburg hatte die City BKK einen der höchsten Beitragssätze in der gesamten GKV und verlor ständig Mitglieder. Die Einführung der ab 2009 veränderten Finanzierungsarchitektur der GKV mit dem aus einem GKV-weit einheitlichen Beitragssatz und einem Bundeszuschuss gespeisten Gesundheitsfonds sowie kassenindividuellen Zusatzbeiträgen für den Fall einer Deckungslücke zwischen den risikoadjustierten Fondszuweisungen und den tatsächlichen Kassenausgaben erwies sich für die City BKK als Anfang vom Ende. Um ihre überdurchschnittlich hohen Ausgaben zu decken, musste die Kasse zum 1. April 2010 einen Zusatzbeitrag von 8 Euro pro Monat erheben und diesen zum Jahresbeginn 2011 sogar auf 15 Euro erhöhen, wodurch der anhaltende Mitgliederschwund noch einmal massiv zunahm.

Die zentrale Ursache für das wirtschaftliche Ende der City BKK – ihre hohe regionale Versichertenkonzentration auf die überdurchschnittlich ausgabenintensiven Stadtstaaten Berlin und Hamburg – kann auch das auf Abwehr der City-BKK-Versicherten ausgerichtete Verhalten der anderen Krankenkassen erklären (wenn auch keineswegs entschuldigen). Die bis zum bitteren Ende verbliebenen City-BKK-Versicherten stellten auch unter den Bedingungen des seit 2009 zusammen mit dem Gesundheitsfonds eingeführten morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs als zentralem Verteilungsschlüssel der Finanzmittel des Gesundheitsfonds – zumindest im Kollektiv – erkennbar „schlechte Versicherungsrisiken“ (mit negativen Deckungsbeiträgen) dar (Reichelt 2011: 36).

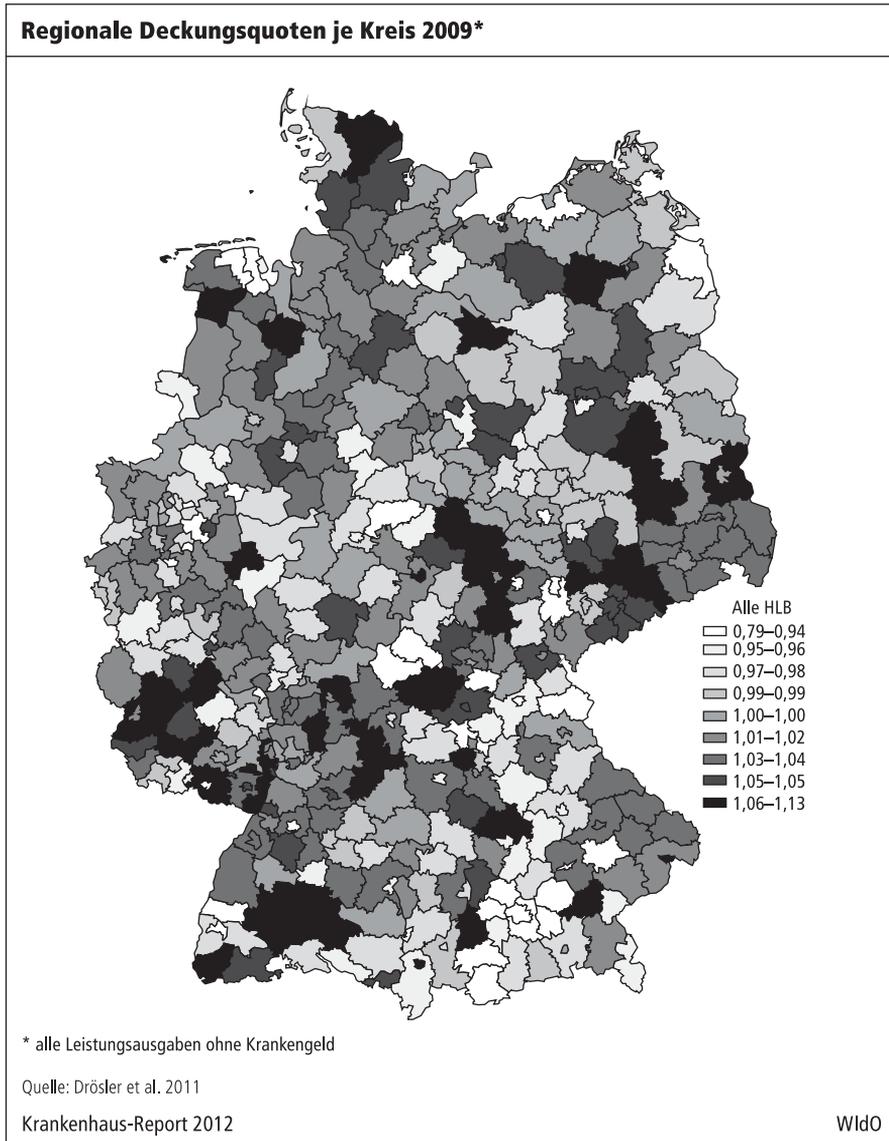
## 1.2.2 Regionale Versorgungs- und Ausgabenstrukturen

Was lässt sich nun aus diesem aktuellen „Regionalbeispiel“ – dem „Fall City BKK“ – für das Verständnis des Begriffs der Regionalität ableiten? Zunächst macht das Beispiel deutlich, dass „Regionalität“ sowohl versorgungs- als auch finanzierungsseitige Dimensionen umfasst und dass beide Dimensionen jeweils unmittelbar zusammenhängen. Bei der City BKK war die („äußere“) Finanzierung der Kasse an Grenzen gestoßen – damit ist gemeint, dass sich der erforderliche kassenindividuelle Zusatzbeitrag am wettbewerblichen Krankenkassenmarkt als nicht durchsetzbar erwies –, weil sich die Versicherten der Kassen in bestimmten Regionen konzentrierten, und zwar mit den Stadtstaaten Berlin und Hamburg ausgerechnet in solchen Regionen, in denen es überdurchschnittlich hohe Leistungsausgaben gibt, die von den Kassen offenbar nicht wirksam beeinflusst werden können. Weil im Risikostrukturausgleich (RSA) – dem zentralen Verteilungsschlüssel der Finanzmittel des Gesundheitsfonds auf die Krankenkassen – seit 2009 neben soziodemografischen Merkmalen auch Morbiditätsindikatoren der Versicherten berücksichtigt werden, sind die überdurchschnittlich hohen Leistungsausgaben allerdings nicht auf eine vergleichsweise besonders ungünstige Morbiditätsstruktur der Versicherten der City BKK zurückzuführen – zumindest soweit Morbiditätsunterschiede im derzeitigen RSA berücksichtigt werden. Vielmehr sorgen offenbar – bei weithin gleicher bzw. durch die Zuweisungen ausgeglichener Morbidität – umfassendere Versorgungsleistungen und/oder höhere Leistungsvergütungen für ein gegenüber dem Bundesmittel überdurchschnittliches Ausgabenniveau<sup>1</sup>. So lässt sich durchaus feststellen, dass der morbiditätsorientierte RSA bereits insofern automatisch regionalisiert (Göpfarth 2011: 23), als in Regionen mit vergleichsweise vielen Kranken entsprechend höhere Zuweisungen fließen (bzw. richtiger: an die Krankenkassen mit den entsprechenden Versicherten), allerdings keineswegs so weit regionalisiert, dass regionalspezifische, vom Bundesdurchschnitt abweichende Mengen- und Preiseffekte des Versorgungsgeschehens bei gegebener Morbidität berücksichtigt würden.

Empirische Untersuchungen auf Basis des Jahresausgleichs 2009 des RSA, also des ersten Jahres, in dem direkten Morbiditätsindikatoren im Ausgleich berücksichtigt wurden, unterstreichen diesen Befund, von dem keineswegs allein die Versicherten der City BKK betroffen waren, sondern der für die Gesamtheit der GKV-

1 Pikante Notiz am Rande: Auf der Suche nach den Schuldigen an den hohen Ausgaben der City BKK kam es im Bundestag am 26.05.2011 sogar zu einer (indirekten) Kontroverse zwischen zwei CDU-Abgeordneten: Jens Spahn, gesundheitspolitischer Sprecher der Unionsfraktion, machte die Krankenhauspolitik des Landes Berlin zumindest zu einem Gutteil mitverantwortlich: „Wir können einmal die Frage stellen, wie sehr sich die Gesundheitssenatorin in Berlin darum bemüht hat, die angespannte Kostensituation aufgrund der vielen Krankenhausbetten in Berlin zu entschärfen. Sie trauen sich nicht, entsprechende Entscheidungen zu treffen. Deswegen ist die ärztliche Versorgung in Berlin besonders teuer.“ (BT-Plenarprotokoll, S. 12657) Dem widersprach Spahns Fraktionskollege Rudolf Henke, zugleich Vorsitzender des Marburger Bundes, in derselben Debatte: „Kleine Korrektur zu der Ausrede, die da vagabundiert (...), man habe ja hier so viele Krankenhausbetten: In Berlin hatten wir Ende 2009 573 Betten auf 100 000 Einwohner, im Bund waren es 615 Betten und in dem Bundesland Nordrhein-Westfalen beispielsweise, aus dem ich stamme, 682 Betten. Es ist aber trotzdem so, dass die City BKK hier in Berlin in Probleme geraten ist.“ (ebenda, S. 12666)

Abbildung 1–1



Versicherten in Berlin und Hamburg (sowie ebenfalls in anderen vergleichbaren Großstadtreionen) zutrifft. Im Evaluationsbericht zum Jahresausgleich 2009 im Risikostrukturausgleich des Wissenschaftlichen Beirats zur Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs (Drösler et al. 2011), den das Bundesgesundheitsministerium Ende September 2011 veröffentlicht hat, findet sich eine grafische Darstellung der Deckungsquoten auf der Ebene der Kreise und kreisfreien Städte (siehe Abbildung 1–1). Damit wird das Verhältnis der Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds – also den nach der jeweiligen Alters-, Geschlechts- und Morbiditätsstruktur

standardisierten erwarteten Ausgaben in allen Leistungsbereichen der GKV (ohne Krankengeld) – zu den tatsächlich angefallenen Leistungsausgaben beschrieben, und zwar für fiktive regionale Einheitskrankenkassen auf Kreisebene, also für alle gesetzlich versicherten Einwohner eines Kreises unabhängig von ihrer jeweiligen Krankenkassenzugehörigkeit.

In Hamburg liegt die so ermittelte Deckungsquote unterhalb von 95 Prozent, das heißt, die Krankenkassen bekommen für die in Hamburg lebenden GKV-Versicherten durchschnittlich maximal 94 Prozent der tatsächlich angefallenen Ausgaben zugewiesen. In Berlin liegt die landesweite Deckungsquote für alle GKV-Versicherten zwischen 97 und 98 Prozent und damit zwar ein ganzes Stück über dem Hamburger Wert, aber noch immer klar unterhalb von 100 Prozent. Aber nicht nur in den beiden Stadtstaaten Berlin und Hamburg, sondern auch in anderen großstädtischen Verdichtungsräumen – allerdings keineswegs nur dort – lassen sich ungünstige Deckungsquoten beobachten, wobei beim Blick auf die Landkarte besonders der Großraum München einschließlich der angrenzenden Landkreise ins Auge fällt.

Der Wissenschaftliche Beirat hat untersucht, welches Muster sich bei den Deckungsquoten nach unterschiedlichen Regionstypen erkennen lässt. Dazu hat er Deutschland entsprechend einer siedlungsstrukturellen Typisierung der Kreise und kreisfreien Städte eingeteilt, wie sie vom Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung (BBSR) im Rahmen der laufenden Raubeobachtung vorgenommen wird. Dabei wird zwischen ländlichen Räumen, verstärkten Räumen und Agglomerationsräumen unterschieden. Innerhalb dieser Räume werden als Kernstädte kreisfreie Städte mit mehr als 100 000 Einwohnern ausgewiesen. Außerhalb der Kernstädte werden die Kreise nach der Bevölkerungsdichte typisiert. Bei den insgesamt neun Kreistypen, die auf diese Weise gebildet werden, finden sich Unterdeckungen der tatsächlichen Leistungsausgaben durch die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds vor allem in den Kernstädten der Agglomerationsräume (mit insgesamt rund 15,5 Millionen Versicherten) und den Kernstädten der verstärkten Räume (mit rund 4,0 Versicherten).

Auf zwei Aussagen des Beirats sei hier besonders hingewiesen; sie betreffen zum einen die Frage nach der Regionsabgrenzung und zum anderen nach der Beeinflussbarkeit der Leistungsausgaben. Zur Regionsabgrenzung stellt der Beirat fest, dass die Abgrenzung sinnvoller Versorgungsregionen eine nach wie vor ungelöste Frage sei (Drösler et al. 2011: 62), dass solche Versorgungsregionen aber „offensichtlich nicht den Bundesländern entsprechen“ (ebenda: 72). Was die Beeinflussbarkeit der Leistungsausgaben angeht, verweist der Beirat darauf, dass „die regionalen Steuerungsmöglichkeiten für Kassen (...) sektoral unterschiedlich und regional begrenzt (sind)“ (ebenda: 3). Hierauf wird in Abschnitt 1.4 noch zurückzukommen sein.

## 1.3 Zweites Regionalbeispiel: Das Versorgungsstrukturgesetz

### 1.3.1 Sicherung einer flächendeckenden Versorgung

Am 23. September 2011 wurde der Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-VStG) in erster Lesung im Deutschen Bundestag behandelt. Bereits im Vorblatt zum Gesetzentwurf der Bundesregierung zum GKV-VStG wird der gesetzgeberische Handlungsbedarf unter anderem mit der „unterschiedlichen Versorgungssituation von Ballungsräumen und ländlichen Regionen“ begründet. So drohe „insbesondere in ländlichen Regionen ein Mangel an Hausärztinnen und Hausärzten, aber auch an Fachärztinnen und Fachärzten“. Deshalb zielten die im GKV-VStG vorgesehenen Maßnahmen – neben anderen Zielen – insbesondere darauf ab, „auch künftig eine flächendeckende wohnortnahe medizinische Versorgung zu sichern“ (Bundesregierung 2011: 1 f.).

Vor diesem Hintergrund sollen als zentrale Maßnahmen des GKV-VStG zur Sicherung einer wohnortnahen, flächendeckenden medizinischen Versorgung eine „zielgenauere und regionalen Besonderheiten Rechnung tragende flexible Ausgestaltung der Bedarfsplanung mit erweiterten Einwirkungsmöglichkeiten der Länder, ein Ausbau der Instrumente zur Sicherstellung der ärztlichen Versorgung mit entsprechenden Anreizen auch im Vergütungssystem sowie der Förderung mobiler Versorgungskonzepte sowie Maßnahmen zur besseren Vereinbarkeit von Familie und Beruf gerade auch im ärztlichen Beruf“ ergriffen werden (ebenda: 2).

### 1.3.2 „Flexibilisierung und Regionalisierung“ bei der Ärztevergütung

Neben Maßnahmen zur verbesserten Sicherstellung einer flächendeckenden Gesundheitsversorgung liegt ein weiterer Schwerpunkt des GKV-VStG in einer Reform des vertragsärztlichen Vergütungssystems, von dem es ausdrücklich heißt, dass es „flexibilisiert und regionalisiert“ werden soll: „Zentrale Vorgaben werden zurückgenommen. Die Kassenärztlichen Vereinigungen erhalten mehr Flexibilität bei der Honorarverteilung und die Vertragspartner auf regionaler Ebene mehr Gestaltungsmöglichkeiten bei ihren Vergütungsvereinbarungen“ (ebenda: 3).

Konkret ist damit gemeint, dass die erst 2007 mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) der großen Koalition geschaffene Vergütungsarchitektur in der vertragsärztlichen Versorgung wieder weitgehend aus den noch gar nicht vollständig umgesetzten Angeln gehoben wird. Dies geschieht, indem die Kompetenz des auf Bundesebene agierenden Bewertungsausschusses deutlich abgeschwächt wird und stattdessen den regionalen Kollektivvertragsakteuren – den Kassenärztlichen Vereinigungen und den Landesverbänden der Kassen – neue Differenzierungsmöglichkeiten bei der Vereinbarung der Gesamtvergütungen eröffnet werden. Während der Bewertungsausschuss bislang die Aufgabe hatte, unter Berücksichtigung objektivierbarer Einflussfaktoren (z. B. Morbiditätsveränderungen, Leistungsverlagerung zwischen Sektoren, Ausschöpfung von Wirtschaftlichkeitsreserven) verbindliche Vorgaben und Berechnungsverfahren zur Weiterentwicklung der Gesamtvergütung auf der Ebene der Kassenärztlichen Vereinigungen zu formu-

lieren, soll sich seine Rolle künftig weitgehend darauf reduzieren, Empfehlungen abzugeben. Darüber hinaus sollen die regionalen Vertragspartner die Möglichkeit erhalten, weitere Morbiditätskriterien zu berücksichtigen, die sie für relevant halten<sup>2</sup>. Zudem soll auf die bislang geforderte Vereinbarkeit mit den im RSA geltenden Morbiditätskriterien als vermeintliche „Überregulierung“ verzichtet werden.

Eine weitere Maßnahme des GKV-VStG zur Erhöhung von „Flexibilisierung und Regionalisierung“ – so die Gesetzesbegründung – betrifft die Honorarverteilung, die künftig in der ausschließlichen Verantwortung der Kassenärztlichen Vereinigungen liegt, die den erforderlichen Honorarverteilungsmaßstab lediglich „im Benehmen“ (statt „im Einvernehmen“) mit den Krankenkassen festzulegen hat. Lediglich Vorgaben zur Trennung des Vergütungsvolumens in einen haus- und einen fachärztlichen Vergütungsteil sollen im Einvernehmen von Kassenärztlicher Bundesvereinigung und dem GKV-Spitzenverband gemacht werden, während auf weitere Verfahrensvorgaben durch den Bewertungsausschuss verzichtet wird. Allerdings existiert noch eine Vorgabe des Gesetzgebers: Die Kassenärztlichen Vereinigungen sollen in ihrem Honorarverteilungsmaßstab künftig festlegen, dass Angehörige von Arztgruppen, für die eine (drohende) Unterversorgung oder ein zusätzlicher lokaler Versorgungsbedarf festgestellt wurde, von Maßnahmen der Fallzahlbegrenzung oder -minderung ausgenommen werden. Diese Regelung gilt nur für die Behandlung von Versicherten mit Wohnsitz in dem betroffenen Planungsbereich durch die dort tätigen Ärzte. Ferner sollen die Kassenärztlichen Vereinigungen die Möglichkeit erhalten, vernetzte Praxen bzw. Praxisnetze niedergelassener Ärzte gezielt finanziell zu fördern, sofern eigens dafür – jetzt wieder durch die KBV im Einvernehmen mit dem GKV-Spitzenverband – festgelegten Kriterien und Qualitätsanforderungen entsprochen wird.

### 1.3.3 Etablierung eines „sektorverbindenden“ Versorgungsbereichs

Eine letzte Maßnahme aus dem GKV-VStG, die hier angesprochen werden soll, betrifft die sog. „ambulante spezialärztliche Versorgung“. Damit wird zwar keine dezidierte Regionalisierungsperspektive verknüpft, doch kommt der geplanten Reform ein besonderer Stellenwert im Kontext der Versorgungssteuerung zu. Vorgesehen ist hier, einen „sektorverbindenden Versorgungsbereich“ zu etablieren, in dem sowohl Krankenhäuser als auch niedergelassene Fachärzte „unter gleichen Qualifikationsvoraussetzungen und einheitlichen Bedingungen die Versorgung von Patientinnen und Patienten mit besonderen Krankheitsverläufen oder seltenen Erkrankungen sowie bestimmten Leistungen, u. a. auch hochspezialisierten Leistungen, erbringen können“ (Bundesregierung 2011: 70). Besonderes Merkmal dieses neuen Versorgungsbereichs, der durch den Gemeinsamen Bundesausschuss versorgungsinhaltlich und hinsichtlich der Qualifikationsanforderungen noch näher konkretisiert werden soll, ist insbesondere der freie Zugang für alle Leistungserbringer, die die festgelegten Anforderungen erfüllen. Das heißt, es soll weder eine formale Zulassung mit Kontrahierungszwang auf der Grundlage einer Bedarfsplanung geben,

<sup>2</sup> Damit können „quasi nach Belieben Indikatoren wie die regionale Einkommensstruktur, die Arbeitslosenquote, der Anteil der Einpersonenhaushalte etc. herangezogen werden“ (Paquet et al. 2011: 263).

noch überhaupt irgendwelche vertragsbasierten Steuerungsmöglichkeiten der Krankenkassen, deren Rolle darauf beschränkt wird, die erbrachten Leistungen zu vergüten – vorläufig nach dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab der vertragsärztlichen Versorgung, mittelfristig nach einer noch durch den GKV-Spitzenverband, die Deutsche Krankenhausgesellschaft und die Kassenärztliche Bundesvereinigung gemeinsam und einheitlich zu entwickelnden diagnosebezogenen Vergütungssystematik und -kalkulation.

Eine regionalpolitische Dimension haben die geplanten Regelungen zur ambulanten spezialärztlichen Versorgung aber doch: Die Länder haben sich im Gesundheitsausschuss des Bundesrates einstimmig dafür ausgesprochen, diese Regelungen aus dem Gesetzgebungsverfahren für das GKV-VStG herauszulösen und zunächst in weitere konstruktive Gespräche mit den Ländern einzutreten, zu denen diese sich ausdrücklich bereit erklären. Die von der Bundesregierung vorgesehene Ausgestaltung des neuen Versorgungsbereichs halten sie für unpraktikabel und mit Regelungslücken und Fehlanreizen befrachtet, die die im deutschen Gesundheitswesen bestehende Schnittstellenproblematik mit ihren Behandlungsbrüchen und Informationsverlusten nach Auffassung der Länder sogar noch vergrößern könnte (Bundesrat 2011: 57). Konkret wird dabei unter anderem moniert, dass kein Zulassungsverfahren für Leistungserbringer vorgesehen sei, dass die Abgrenzung der betroffenen Erkrankungen nicht hinreichend klargestellt sei, dass keine Regelungen zur Vermeidung von medizinisch nicht induzierten Mengenausweitungen und damit von Kostenrisiken für die Krankenkassen vorgesehen seien und dass es keine Bedarfsplanung geben solle und ein vollkommen ungesteuertes Leistungssegment entstehe (ebenda: 57 f.). Ähnliche Kritik – insbesondere fehlende Regelungen zu Mengenbegrenzungen, die Mehrausgaben erwarten lassen – hatte zuvor auch bereits das Bundesfinanzministerium geäußert (BMF 2011).

### 1.3.4 Unterschiedliche Regionalperspektiven

Was bedeutet der Gesetzentwurf zum GKV-VStG im Hinblick auf den Aspekt der Regionalität? Ein unmittelbarer Anlass für das Gesetzesvorhaben liegt in der Feststellung zunehmender regionaler Ungleichgewichte der Gesundheitsversorgung. So drohen vor allem in ländlich strukturierten Regionen wachsende Versorgungslücken, insbesondere in der hausärztlichen Versorgung. Hier sollen entsprechende Gegenmaßnahmen ergriffen werden. Dazu zählt unter anderem, dass den zuständigen Selbstverwaltungsakteuren ermöglicht wird, die bestehende Regionalabgrenzung der vertragsärztlichen Bedarfsplanung kleinräumiger zu gestalten, so dass sie von den heute maßgeblichen Kreisgrenzen abweichen können. Das heißt, dass die Kreisebene im Hinblick auf die Sicherung der angestrebten flächendeckenden Versorgung stellenweise bereits als „zu groß“ angesehen wird. Die relevante „Region“ – etwa für die hausärztliche Versorgung – ist also offenbar kleiner als ein Kreis oder eine kreisfreie Stadt.

Bei anderen Regelungen bedeutet „Regionalisierung“ dagegen, dass die Länderebene gestärkt wird. So erhalten insbesondere die Kassenärztlichen Vereinigungen, deren Regionszuschnitt überwiegend – eine Ausnahme bildet Nordrhein-Westfalen – mit den Bundesländern übereinstimmt, gegenüber heute deutlich erweiterte Verhandlungs- und Regelungskompetenzen. Daneben sollen die Länder aber auch

erweiterte Rechte bekommen, etwa zur Mitberatung im Gemeinsamen Bundesausschuss zu Fragen der Bedarfsplanung sowie in den Landesausschüssen (über die sie gleichzeitig die Rechtsaufsicht ausüben sollen) oder zur Beanstandung der von den Kassenärztlichen Vereinigungen im Einvernehmen mit den Krankenkassenverbänden erstellten Bedarfspläne.

## 1.4 Perspektiven der regionalen Versorgungssteuerung

Die beiden betrachteten aktuellen „Regionalbeispiele“ machen deutlich, dass mit dem Begriff der Regionalität im gesundheitspolitischen Kontext vor allem drei Perspektiven verbunden sind:

- die Analyse des Versorgungsgeschehens in regionaler Sicht, zunächst als empirische Bestandsaufnahme regionaler Versorgungsdifferenzen,
- der Versuch einer Erklärung und Bewertung der festgestellten Unterschiede sowie
- Ansätze der gezielten Steuerung des regionalen Versorgungsgeschehens, zum Beispiel mit dem Ziel einer Reduktion festgestellter Regionalunterschiede

### 1.4.1 Analysen regionaler Versorgungsunterschiede

Die ersten beiden dieser Perspektiven – die empirische Analyse des Versorgungsgeschehens in regionaler Sicht, verbunden mit Erklärungs- und Bewertungsversuchen – haben in Deutschland derzeit erkennbar Konjunktur. Dies hat zum einen mit dem insgesamt gewachsenen Interesse an Fragen der Versorgungsforschung, zum anderen aber vermutlich auch mit einer gegenüber früher zunehmend verbesserten Datenlage zu tun – sowohl was die grundsätzliche Verfügbarkeit als auch Verarbeitungsmöglichkeiten der erforderlichen Daten angeht.

Jüngstes Beispiel für entsprechende Aktivitäten ist das Ende September 2011 gestartete neue Internetportal „faktencheck-gesundheit.de“ der Bertelsmann-Stiftung, das sich – nach dem Vorbild einschlägiger internationaler Vorbilder wie dem „Dartmouth Atlas of Health Care“ aus den USA<sup>3</sup> oder dem „Right Care NHS Atlas of Variation in Healthcare“ aus England<sup>4</sup> – explizit regionalen Unterschieden in der Gesundheitsversorgung in Deutschland widmet. So können die Internetnutzer beispielsweise erfahren, dass

- der Blinddarm bei Kindern und Jugendlichen in der Stadt Chemnitz – alters- und geschlechtsstandardisiert – nur etwa halb so oft entfernt wird wie im Bundesdurchschnitt, im nicht weit entfernten ostthüringer Kreis Altenburger Land dagegen mehr als doppelt so oft wie im Bundesdurchschnitt und damit mehr als viermal so oft wie in Chemnitz<sup>5</sup>;

3 [www.dartmouthatlas.org](http://www.dartmouthatlas.org)

4 [www.sepho.org.uk/extras/maps/NHSatlas/atlas.html](http://www.sepho.org.uk/extras/maps/NHSatlas/atlas.html)

5 <https://faktencheck-gesundheit.de/regionale-unterschiede/entfernung-des-blinddarms/> (27. Oktober 2011)

- dass die Prostata bei Männern im niedersächsischen Kreis Soltau-Fallingbommel (altersstandardisiert) weniger als halb so oft entfernt wird wie im Bundesdurchschnitt, die entsprechende Häufigkeit in der unmittelbar angrenzenden Stadt Celle dagegen mehr als das 1,3-fache des Bundesdurchschnitts beträgt und diesen Vergleichswert im bereits genannten Altenburger Land sogar um mehr als das Doppelte übersteigt<sup>6</sup>.

Solche Unterschiede verlangen nach Erklärungen. Wird im Altenburger Land zu oft „entfernt“? Oder andernorts zu selten – mit möglicherweise problematischen Folgewirkungen? Was sagen die Leitlinien der medizinischen Fachgesellschaften, welche weiteren Erklärungsansätze gibt es – zum Beispiel im Hinblick auf die jeweiligen regionalen Angebote an Leistungserbringern und deren Auslastung (Stichwort: angebotsinduzierte Nachfrage)?

#### 1.4.2 Regionalfaktoren als Wettbewerbsfaktor der Kassen

Unabhängig davon, wie die soeben genannten Fragen konkret beantwortet werden, stellt sich nachfolgend die Frage von Korrekturerfordernissen im Hinblick auf die möglichst flächendeckende Umsetzung einer – soweit weitgehend einvernehmlich festgestellt – Best-Practice-Versorgung. Damit wären wir bei der dritten der oben genannten Perspektive von Regionalität angelangt, nämlich der gezielten Steuerung der Versorgung. Hiermit verbinden sich vor allem zwei weitergehende Fragen: zum einen nach den maßgeblichen Steuerungsakteuren bzw. der Steuerungsverantwortung und zum anderen nach den zweckmäßigen Steuerungsinstrumenten.

Wenn man noch einmal den „Fall City BKK“ betrachtet, wird deutlich, dass diese Fragen in der aktuellen deutschen „Steuerungspraxis“ oft gar nicht einfach zu beantworten sind. Der empirische Befund, dass die GKV-Versicherten in den beiden Stadtstaaten Berlin und Hamburg – nach Alters-, Geschlechts- und Morbiditätsstandardisierung (gemäß aktuellem RSA) – überdurchschnittlich hohe Leistungsausgaben verursachen, betraf offensichtlich nicht allein die City BKK. Im Unterschied zu anderen Krankenkassen wies die City BKK jedoch eine (zu) hohe Versichertenkonzentration in diesen beiden überdurchschnittlich ausgabenintensiven Regionen auf. Dagegen hatte zum Beispiel das AOK-System seine entsprechenden „Sorgenkinder“ in Berlin und Hamburg – nach jahrelanger Finanzhilfe – durch Fusionen vor einem ähnlichen Schicksal wie dem der City BKK bewahrt: die AOK Hamburg durch Fusion mit der AOK Rheinland (zum 01.07.2006) und die AOK Berlin durch Fusion mit der AOK für das Land Brandenburg (zum 01.01.2010) und der AOK Mecklenburg-Vorpommern (zum 01.01.2011) zur AOK Nordost. Bei den bundesweit agierenden Krankenkassen wie der Barmer GEK, der DAK oder der TK gibt es ohnehin keine derart ausgeprägte regionale Konzentration der Versicherten.

Vor diesem Hintergrund könnte man die Verantwortung für die Kassenschließung der City BKK somit der Kasse selbst zuschieben, die sich nicht erfolgreich um einen passenden Fusionspartner bemüht hat, bzw. dem BKK-System, das keine ent-

<sup>6</sup> <https://faktencheck-gesundheit.de/regionale-unterschiede/entfernung-der-prostata/> (27. Oktober 2011)

sprechende Lösung realisiert hat. Doch spränge diese Sicht letztlich wohl zu kurz, weil sie den Befund der überdurchschnittlich hohen Leistungsausgaben ausklammert. Wenn alle GKV-Versicherten in Berlin und Hamburg (und weiteren Großstädten in Agglomerationsräumen) überdurchschnittlich hohe Leistungsausgaben verursachen, reichen die auf bundesdurchschnittlichen Ausgabenwerten basierenden Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds offenbar systematisch nicht aus, um die tatsächlichen Ausgaben zu decken. Also könnte man die Fondszuweisungen für Versicherte in überdurchschnittlich ausgabenintensiven Regionen ein Stück erhöhen (und notwendigerweise woanders entsprechend kürzen) – das entspräche dann im Prinzip der Forderung nach Einführung eines Regionalfaktors im Risikostrukturausgleich, wie sie vor allem aus südlichen Ländern immer wieder erhoben wird und auch schon Gegenstand eines – für die damaligen Antragsteller Baden-Württemberg, Bayern und Hessen allerdings abschlägigen – Urteils des Bundesverfassungsgerichts im Jahr 2005 war (BVerfG 2005). Eine andere Sicht vertritt Maximilian Gaßner, Präsident des für die Durchführung des RSA zuständigen Bundesversicherungsamtes (BVA), der aus dem „Drama der Diskriminierung der City BKK-Mitglieder“ den Schluss zieht, dass „die Zuweisungen aus dem Fondssystem für chronisch Kranke zu verbessern sind“ (Gaßner 2011: 3).

Andere Reformvorschläge setzen nicht bei der Höhe der Fondszuweisungen, sondern beim regionalen Zuschuss der kassenspezifischen (Zusatz-) Beitragsregionen an; danach sollen die Krankenkassen – je nach Modell obligatorisch oder optional – Zusatzbeiträge regional differenziert kalkulieren, um dadurch innerhalb einzelner Regionen – insbesondere solcher, die wie Berlin und Hamburg durch überdurchschnittlich hohe Leistungsausgaben gekennzeichnet sind – unverzerrte Wettbewerbsbedingungen zwischen regional begrenzt und überregional tätigen Krankenkassen zu erreichen (Wasem et al. 2007). Daneben hat dieser Vorschlag aber auch eine Verteilungsdimension: Die offenbar systematisch überdurchschnittlich hohen Leistungsausgaben in bestimmten Regionen können sowohl auf eine „bessere“ Versorgung als auch auf geringere Versorgungseffizienz (oder eine Kombination von beidem) zurückzuführen sein – in jedem Fall erschiene es „gerecht“, wenn die in einer solchen Region lebenden GKV-Versicherten dies mit einem vergleichsweise etwas höheren Zusatzbeitrag zu bezahlen hätten (für Versicherte in relativ ausgabengünstigen Regionen würde das Umgekehrte gelten).

Damit ist man dann unmittelbar wieder bei der Frage angekommen, ob und wie Leistungsausgaben beeinflusst werden können. Dabei gibt es gewiss Faktoren, die außerhalb des unmittelbaren Einflussbereichs der Krankenkassen liegen – sei es „einheitlich und gemeinsam“ oder kassenindividuell –, etwa die Bedeutung der regionalen Krankenhauslandschaft, die maßgeblich durch die Krankenhausplanung der Länder bestimmt wird. Aus Kassensicht besteht in Bezug auf jedes in den Krankenhausplan eines Landes aufgenommene Krankenhaus Kontrahierungszwang zum festgelegten Einheitspreis. Auch auf die vertragsärztliche Bedarfsplanung hatten die Krankenkassen bislang nur begrenzten Einfluss, auch wenn es in diesem Leistungssegment gewisse „Öffnungsoptionen“ in Form von Selektivverträgen in der hausarztzentrierten und der „besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung“ gibt.

### 1.4.3 Festhalten an überkommenen Instrumenten

Hier schließt sich nun der Kreis vom ersten Regionalbeispiel, dem „Fall City BKK“, zum zweiten Regionalbeispiel, dem GKV-VStG. Dort nämlich kommen Krankenkassen als unmittelbare Gestalter der (regionalen) Gesundheitsversorgung praktisch gar nicht vor, und wenn doch, dann bestenfalls „gemeinsam und einheitlich“ als gesetzlich verordnete Zwangskartelle, aber in keinem Fall als wettbewerbliche Vertragsakteure. Mit der Idee eines funktionalen Kassenwettbewerbs um die ständige Verbesserung von Qualität, Wirtschaftlichkeit und Präferenzorientierung der Gesundheitsversorgung hat das GKV-VStG nicht das Geringste zu tun – man kann sogar im Gegenteil behaupten, dass das Rad insoweit noch ein Stück zurückgedreht wird, als insbesondere dem Kollektivvertragsakteur Kassenärztliche (Bundes-) Vereinigung – wie oben beschrieben – zusätzliche Zuständigkeiten und Befugnisse eingeräumt werden. Das hat auch speziell mit der Aufgabe regionaler Versorgungssteuerung unmittelbar zu tun.

So wird das Instrumentarium der vertragsärztlichen Bedarfsplanung mit den Kassenärztlichen Vereinigungen als zentrale Akteure nicht grundsätzlich infrage gestellt, obwohl dieses Instrumentarium in der Vergangenheit weder zur Vermeidung von (akuter oder drohender) Unterversorgung noch zum Abbau von Überversorgung geschaffen worden ist, sondern lediglich dazu gedient hat, regionale Überversorgung wenigstens auf das bestehende Maß zu begrenzen. Warum dieses Instrumentarium – wenn auch modifiziert – jetzt plötzlich in der Lage sein soll, einen nennenswerten Beitrag zur Verhinderung von Unterversorgung zu leisten, erscheint vor diesem Hintergrund schwer nachvollziehbar. Das Problem der Ansiedlung von Ärzten in strukturschwachen Regionen lag in der Vergangenheit ja nicht etwa darin, dass bei der Bedarfsplanung nicht genug freie Arztstühle ausgewiesen wurden, sondern dass solche freien Stühle nicht besetzt werden konnten. Die Besetzung von Arztstühlen – das ist die eigentliche Funktion des Sicherstellungsauftrags, den die Kassenärztlichen Vereinigungen schon in der Vergangenheit ganz offenkundig nicht in ausreichendem Maße erfüllen konnten.

Das zentralplanwirtschaftliche Regime mit Bedarfsplanung und Zulassung, verknüpft mit erwerbslebenslangem Kontrahierungszwang der Krankenkassen gegenüber den Vertragsärzten, ist auch deshalb weithin unflexibel, weil es auf der Annahme einer starren (limitationalen) Produktionsfunktion der vertragsärztlichen Versorgung basiert, bei der den Ärzten die absolute Schlüsselrolle für die Versorgung zugeschrieben wird. Insbesondere im Bereich der Primärversorgung ist die Entwicklung in vielen anderen westlichen Ländern – auch solchen mit geringer Bevölkerungsdichte – dagegen längst über einzelarztzentrierte Versorgungsmodelle hinausgegangen – etwa durch die verstärkte Einbindung nichtärztlicher Gesundheitsberufe in Versorgungsteams oder durch den gezielten Einsatz telemedizinischer Instrumente (Jacobs und Schulze 2011). Was dazu nunmehr in ersten vorsichtigen Ansätzen im GKV-VStG erkennbar wird, mag bei der Reformresistenz der Ärzteschaft in Deutschland durchaus bemerkenswert erscheinen, doch gegenüber den Entwicklungen in anderen Ländern – und angesichts des nachgewiesenen Problemlösungspotenzials – ist es eher dürftig.

Grundsätzlich steht die Stärkung der Rolle der Kassenärztlichen Vereinigungen durch das GKV-VStG im Widerspruch zu der allseits immer wieder – zumindest

rhetorisch – bekundeten Notwendigkeit, die starre sektorale Trennung zwischen der ambulanten und stationären Versorgung zu überwinden<sup>7</sup>. In der Vergangenheit hatte der Gesetzgeber gute Gründe dafür, innovative Versorgungsformen der sektorübergreifenden Versorgung im Rahmen von wettbewerblichen Vertragsmodellen zu fördern. Anstatt die Ursachen für den derzeit in dieser Frage unübersehbaren Attentismus zu beseitigen – ein wesentlicher Grund liegt kassenseitig erkennbar in dem Bestreben, einen kassenindividuellen Zusatzbeitrag so lange wie irgend möglich zu verhindern (Greß et al. 2010: 18) –, drohen sich die Voraussetzungen für das Zustandekommen von (wettbewerblichen) Selektivverträgen sogar noch weiter zu verschlechtern – etwa weil es durchaus fraglich erscheint, ob auf der Regionalebene, auf der die Fortschreibung der Gesamtvergütungen künftig verhandelt werden soll, jeweils leistungsgerechte Bereinigungsverfahren gefunden werden können (Paquet et al. 2011: 264), ohne die Selektivverträge jedoch keine Substitution des kollektivvertraglich vereinbarten Versorgungsgeschehens bewirken können.

#### 1.4.4 Verzicht auf ordnungspolitische Klarheit

Führt man sich zudem den oben skizzierten Ordnungsrahmen vor Augen, der für den neuen Versorgungssektor der ambulanten spezialärztlichen Versorgung geplant ist („Wer kann, der darf“) – ein Bereich, der 2004 unter der Bezeichnung „hochspezialisierte ambulante Behandlung im Krankenhaus“ sogar fast als ein vertragswettbewerbliches Vorzeigeprojekt (wenngleich mit mangelnder Anreizkompatibilität) gestartet war (Cassel et al. 2008: 172) –, kann man das Gesamtregime der Versorgungssteuerung, das nach dem GKV-VStG zu erwarten ist, nur als kompletten „Steuerungswirrwarr“ bezeichnen. Dabei hatte etwa die Arbeitsgruppe Gesundheit der Unionsfraktion im Bundestag im Februar 2010 in einem Beschlusspapier noch zutreffend analysiert, dass es bei den anstehenden Vorhaben notwendig sei, „grundsätzlich das Verhältnis von Kollektiv- und Selektivvertrag in der medizinischen Versorgung in Deutschland zu bestimmen“. Derzeit gebe es „eine Vielzahl von zum Teil widersprüchlichen, jedenfalls nicht immer eindeutigen Regelungen, bei denen einerseits mehr Wettbewerb und Vertragsfreiheit propagiert wird, andererseits aber Zwangsmechanismen greifen, ohne die Frage der dauerhaften Sicherstellung der flächendeckenden Versorgung im Nebeneinander von Kollektiv- und Selektivvertrag zufriedenstellend zu beantworten“. Deshalb müsse eine Reihe von Fragen „in absehbarer Zeit abschließend geklärt werden“, wozu unter anderem die Fragen zählten, „ob und inwieweit Selektivverträge den Kollektivvertrag tatsächlich ersetzen oder „nur“ ergänzen (Add-on) sollen“ bzw. „wie im Falle von den Kollektivvertrag ersetzenden Leistungen im Selektivvertrag die notwendige Budgetbereinigung möglichst einfach und zeitnah erfolgen kann, ggf. in Form von Pauschalen“ (CDU/CSU 2010: 16f.).

Unabhängig davon, wie diese Fragen im Einzelnen beantwortet worden wären, hätte dies in jedem Fall einen wichtigen Beitrag zu mehr ordnungspolitischer Klar-

<sup>7</sup> Dasselbe gilt im Übrigen auch für die offenkundig nach wie vor vollständig fehlende Bereitschaft der Länder, ihre Planungshoheit im Krankenhausbereich zumindest nicht schon zu Beginn von Reformgesprächen für absolut sakrosankt zu erklären.

heit bedeutet. Im weiteren Gesetzgebungsverfahren wurden derartige Fragen – vor allem auch zur flächendeckenden Sicherstellung der Versorgung im Spannungsfeld von Kollektiv- und Selektivvertrag (Greß et al. 2011) – jedoch explizit gar nicht erst gestellt und im Entwurf zum GKV-VStG implizit zulasten jeglicher vertragswettbewerblichen Steuerungsperspektive beantwortet. Die im Koalitionsvertrag der Bundesregierung bekundete Absicht „Wir wollen, dass die Krankenversicherungen genügend Spielraum erhalten, um im Wettbewerb gute Verträge gestalten zu können und regionalen Besonderheiten gerecht zu werden“ (CDU/CSU/FDP 2009: 85) ist im Rahmen des GKV-VStG jedenfalls kein Stück realisiert worden.

Damit wird – nicht zum ersten Mal – die Chance vertan, den durch die Einführung von Gesundheitsfonds und Zusatzbeitrag intensivierten Krankenkassenwettbewerb stärker im Hinblick die Versorgungssteuerung zu funktionalisieren. Zwar enthält der Entwurf zum GKV-VStG auch Maßnahmen, die unter der Überschrift „Stärkung wettbewerblicher Handlungsmöglichkeiten der Krankenkassen“ firmieren (Bundesregierung 2011: 72), doch hat dies letztlich vor allem Alibicharakter, weil wenigstens die Wettbewerbsrhetorik bedient werden soll, wenn es schon keine nennenswerte Wettbewerbssubstanz gibt. Das gilt zumindest, solange man bei Kassenwettbewerb in erster Linie an Vertragswettbewerb denkt – also das Zustandekommen von Versorgungsverträgen zwischen Krankenkassen und Anbietern von Versorgungsleistungen unterhalb der Ebene von starrer Plan- und Kollektivwirtschaft. Die jetzt unter der Überschrift „Wettbewerb“ vorgesehenen Handlungsmöglichkeiten der Kassen – insbesondere erweiterte Satzungsoptionen – haben jedenfalls mit Versorgungssteuerung und dem Ziel der Verbesserung von Qualität und Wirtschaftlichkeit der Gesundheitsversorgung nicht das Geringste zu tun.

Diese Einschätzung ist nicht zuletzt gerade auch in regionaler Sicht bedauerlich. Wenn es gelingen soll, künftig mehr Ärzte aufs Land zu bringen, geht das nach übereinstimmender Einschätzung nicht allein durch mehr Geld, aber wohl auch kaum ohne spürbare ökonomische Anreize. Diese zu finanzieren wäre wohl kein großes Problem, wenn die gleichzeitig zuhauf bestehende Über- und Fehlversorgung (Letztere hier insbesondere in Gestalt ineffizienter Versorgungsstrukturen) gezielt abgebaut würde, sodass dadurch nicht nur Finanzmittel eingespart werden könnten, sondern zugleich auch die relative Attraktivität der von Unterversorgung bedrohten Regionen erhöht würde (Greiner 2011: 140). Dazu wird es nun jedoch nicht kommen. Damit werden sich die regionalen Versorgungsunterschiede mutmaßlich kaum nennenswert reduzieren. Für die wachsende Zahl an empirischen Versorgungsforschern mag das zwar durchaus von Interesse sein, für die betroffenen Bürger aber wohl eher ein Ärgernis – und zwar sowohl im ländlichen Raum, wo Versorgungsengpässe an der Tagesordnung bleiben dürften, als auch in Ballungszentren, deren oft unabgestimmte und ineffizient organisierte Über- und Hochversorgung weiterhin von den Beitragszahlern finanziert werden muss.

## Literatur

- Bundesministerium der Finanzen (BMF). Schreiben an das Bundesministerium für Gesundheit zum Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung. Mimeo, 05.07.2011.
- Bundesrat. Empfehlungen der Ausschüsse zu Punkt 39 der 886. Sitzung des Bundesrates am 23.09.2011. Bundesrats-Drucksache 456/1/11 vom 15.09.2011.
- Bundesregierung. Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstrukturgesetz – GKV-VStG). Bundestags-Drucksache 17/6906 vom 05.09.2011.
- Bundesverfassungsgericht (BVerfG). Urteil zum Risikostrukturausgleich vom 18.7.2005; [www.bundesverfassungsgericht.de/entscheidungen/rs20050718\\_2bvff000201.html](http://www.bundesverfassungsgericht.de/entscheidungen/rs20050718_2bvff000201.html) (Zugriff: 10.10.2011).
- Bundesversicherungsamt (BVA). Bundesversicherungsamt schließt City BKK zum 1. Juli 2011. Pressemitteilung vom 04.05.2011 (BVA 2011a).
- Bundesversicherungsamt (BVA). Alle Krankenkassen müssen Mitglieder der City BKK übernehmen. Bundesversicherungsamt wird Verhalten der Kassen streng überwachen. Pressemitteilung vom 10.05.2011 (BVA 2011b).
- Cassel D, Ebsen I, Greß S, Jacobs K, Schulze S, Wasem J. Vertragswettbewerb in der GKV. Möglichkeiten und Grenzen vor und nach der Gesundheitsreform der großen Koalition. Bonn: Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO) 2008.
- CDU/CSU, Arbeitsgruppe Gesundheit der Bundestagsfraktion. Das Angebot vom Bedarf des Patienten her gestalten – 14 Vorschläge für eine Reform der medizinischen Versorgung in Deutschland, beschlossen am 22.02.2010.
- CDU, CSU, FDP: Wachstum. Bildung. Zusammenhalt. Der Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und FDP, 26.10.2009; [www.cdu.de/doc/pdfc/091026-koalitionsvertrag-cducusu-fdp.pdf](http://www.cdu.de/doc/pdfc/091026-koalitionsvertrag-cducusu-fdp.pdf) (Zugriff: 10.10.2011).
- Dröslér S, Hasford J, Kurth BM, Schaefer M, Wasem J, Wille E. Evaluationsbericht zum Jahresausgleich 2009 im Risikostrukturausgleich. Gutachten des Wissenschaftlichen Beirats zur Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs vom 22.06.2011; [www.bmg.bund.de/morbi-rsa](http://www.bmg.bund.de/morbi-rsa) (26. September 2011).
- Gaßner M. Vorwort zum Tätigkeitsbericht des Bundesversicherungsamtes 2010. Bonn 2011; 3–4.
- Greiner W. Ist Bedarfsplanung und Wettbewerb ein Widerspruch? Die Krankenversicherung, Heft 5/2011, 138–40.
- Göpffarth D. Regionalmerkmale im Risikostrukturausgleich. Ein Beitrag zum funktionalen Wettbewerb und zu bedarfsgerechter Versorgung? In: Repschläger U, Schulte C, Osterkamp N (Hrsg). Gesundheitswesen aktuell 2011; 16–40.
- Greß S, Ebsen I, Jacobs K, Wasem J. Sicherstellung im Spannungsfeld von Kollektiv- und Selektivverträgen. In: Jacobs K, Schulze S (Hrsg). Sicherstellung der Gesundheitsversorgung. Neue Konzepte für Stadt und Land. Berlin: KomPart 2011; 117–39.
- Greß S, Jacobs K, Schulze S. GKV-Finanzierungsreform: schwarz-gelbe Irrwege statt gezielter Problemlösungen. Gesundheits- und Sozialpolitik 2010; 64 (4): 14–27.
- Jacobs K, Schulze S. Sicherstellung der Gesundheitsversorgung: mehr Vielfalt und Produktivität statt fortgesetzter Planwirtschaft. In: dies. (Hrsg). Sicherstellung der Gesundheitsversorgung. Neue Konzepte für Stadt und Land. Berlin: KomPart 2011; 141–64.
- Paquet R, Schröder WF, Sehlen S. Mehr Rationalität in der vertragsärztlichen Vergütung. Vorschläge zur Weiterentwicklung. Die Krankenversicherung 2011; 9: 259–64.
- Reichelt H. Kassensturz: Der Schlusspfeiff hat ein Nachspiel. G+G Gesundheit und Gesellschaft 2011; 14 (6): 34–40.
- Singhammer J, Spahn J. Zwischenbilanz der Gesundheitspolitik. Mimeo, 13.09.2011.
- Wasem J, Greß S, Jacobs K. Gesundheitsfonds und Regionaldebatte I: Ordnungspolitischer Rahmen. In: Göpffarth D, Greß S, Jacobs K, Wasem J (Hrsg). Jahrbuch Risikostrukturausgleich 2007: Gesundheitsfonds. St. Augustin: Asgard 2007; 139–62.