

**19. VKD/VDGH-Führungskräfteseminar  
am 1. März 2012  
in Berlin**

**„Das Versorgungsstrukturgesetz –  
Ausblick auf die weitere Gesetzgebung“**

*Dr. Ulrich Orłowski*

# **1. Ziele: Versorgungsstrukturgesetz**

- AMNOG, GKV-FinG: 2010;
- Versorgungsstrukturgesetz: Anpassung und Weiterentwicklung der Strukturen der Versorgung;  
Gründe:
  - demographische Veränderung;
  - struktureller Änderungsbedarf;
  - Innovationsprozesse
- Psychentgeltgesetz (2012); 2. Gesetz zur Änderung Arzneimittelrechtlicher Vorschriften (2012).

## **2. Flexibilisierung und Regionalisierung der Bedarfsplanung in der ambulanten Versorgung:**

2.1. derzeitige Planung hat das Sicherstellungsziel einer bedarfsgerechten Versorgung nicht erreicht;  
demographische  
Veränderung der Bevölkerung und der Ärzteschaft wird diese Verwerfungen weiter verstärken;

Maßnahmen:

2.2. Flexibilisierung der gesetzlichen Vorgaben für die Bedarfsplanungsrichtlinien des G-BA  
(Raumordnungsgrenzen, hausärztlich/fachärztliche Versorgung);

## **2. Flexibilisierung und Regionalisierung der Bedarfsplanung in der ambulanten Versorgung:**

- Ziel: Gewährleistung einer flächendeckenden Versorgung (zum 1.1.2013) unter Berücksichtigung der absehbaren demographischen Entwicklung.

2.3. (allg.) Öffnungsklausel für Landesebene: KV, Landesausschuss kann bei Aufstellung des Bedarfsplanes von den G-BA-Richtlinien abweichen für regionalen besonderen Bedarf; Stärkung der Stellung der Länder im Landesausschuss (Teilnahme, Aufsicht, Beanstandung);

- Mitberatung (nicht Mitentscheidung) der Länder im G-BA;

## **2. Flexibilisierung und Regionalisierung der Bedarfsplanung in der ambulanten Versorgung:**

- 2.4. finanzielle Anreize für Ärzte/innen in unterversorgten/strukturschwachen Gebieten:
  - \* endgültiger Verzicht auf pretiale Steuerung,
  - \* Preiszuschläge für besonders förderungswürdige Leistungserbringer in unterversorgten Gebieten;
  
- 2.5. Stärkung der Vereinbarkeit von Familie und Beruf (Kindererziehung, Pflege);
  
- 2.6. weitere Flexibilisierung der Rahmenbedingungen ärztlicher Berufsausübung (Aufhebung Residenzpflicht, Aufhebung 13 Stunden Regel, Delegation)

### ***3. Flexibilisierung und Regionalisierung des vertragsärztlichen Honorars:***

die Zentralistischen Vorgaben für die Entwicklung der Honorarbudgets und der Honorarverteilung des Bewertungsausschusses haben sich nicht bewährt.

Maßnahmen:

- bundeseinheitlicher Eurogebührenwert für vertragsärztliche Leistungen;
- Entwicklung der morbiditätsorientierten Gesamtvergütungen wird dereguliert und regionalisiert (Gesamtvertragspartner);

### ***3. Flexibilisierung und Regionalisierung des vertragsärztlichen Honorars:***

- Regionalisierung der Honorarverteilung, Satzung der KV im Benehmen mit Krankenkassen kombiniert mit bundeseinheitlichen Vorgaben (z.B. insbesondere Hausarzt-Facharztrennung, Angemessene Vergütung je Zeiteinheit für psychotherapeutische Leistungen; Angemessene Berücksichtigung kooperativer Versorgungsformen im H.V.M. (§ 87b Abs. 2))

## **4. Schnittstelle stationär/ambulant:**

- Schnittstelle ambulant/stationär nach wie vor nicht zufriedenstellend gelöst; Vielzahl von differenzierten Teilnahmeformen im Krankenhaus in der ambulanten Versorgung und umgekehrt;

### Maßnahmen:

- Entlassmanagement zur Lösung von Problemen beim Übergang in der Versorgung im Krankenhausbereich wird als Teil des Leistungsanspruches des Versicherten (einschließlich Pflegeeinrichtungen);



## **4. Schnittstelle stationär/ambulant:**

- Klarstellung des Handlungsrahmens für ambulante Operationen (BSG-Rechtssprechung);  
Krankenhäuser können ambulante Operationen nicht nur durch Krankenhausärzte sondern auch durch Honorarärzte (Vertragsärzte) erbringen (und umgekehrt);
- Klarstellung: Prä-Poststationär;
- Klarstellung der Tätigkeit von Honorarärzten auch bei allg. Krankenhausleistungen?

## **5. Spezialfachärztliche Versorgung (§ 116b) ?**

- Schnittstelle stationär/ambulant durch eine Vielzahl unterschiedlicher Teilnahmeformen geprägt; § 116b – alt – (Bestimmungslösung, Vertragslösung) hat nicht die Erwartungen erfüllt (hochkonfliktiv, hohe Klageanfälligkeit, regional sehr unterschiedliche Anwendung)

Maßnahmen:

- Ziel: Verbesserung der Versorgung durch sektorenverbindende, offene Strukturen für spezial fachärztliche Versorgung durch Fachärzte und Krankenhäuser zu gleichen Rahmenbedingungen;

## **5. Spezialfachärztliche Versorgung (§ 116b) ?**

- Stufenweise Verankerung einer ambulanten spezialärztlichen Versorgung für Erkrankungen mit besonderen Verläufen, seltenen Erkrankungen, hochspezialisierten Leistungen als eigenständigen Bereich mit gleichen Qualifikationsanforderungen für niedergelassene Vertragsärzte und Krankenhäuser;
- Konkretisierung und Ergänzung dieses Versorgungsbereiches durch den G-BA im Rahmen gesetzlicher Vorgaben durch Richtlinien, dabei

## **5. Spezialfachärztliche Versorgung (§ 116b) ?**

- für alle Leistungserbringer einheitliche Festlegung der jeweiligen medizinisch-inhaltlichen Anforderungen (persönlich und sächlich, wie insbesondere Überweisungserfordernisse, Kooperationsverpflichtung) sowie der besonderen Maßnahmen zur Qualitätssicherung;
- grundsätzlich „freier“ Zugang für Leistungserbringer bei Erfüllung der jeweils festgelegten Anforderungen; die Erfüllung der Anforderungen ist gegenüber einer noch zu bestimmenden Stelle auf Landesebene anzuzeigen;

## 6. Medizinproduktinnovationen?

### Ziele-VStG:

- Sicherung und Verbesserung des Zugangs von Innovationen in die Versorgung für „neue Methoden“ einschl. von Medizinprodukten;
- (Schnelle) Implementation neuer Methoden in die Versorgung hat zentrale Bedeutung für: Verbesserung der Patientenversorgung (Zugang zu Innovationen einerseits und Schutz der Patienten andererseits);
- sowie Innovationspotential der Krankenhäuser und der Industrie;

- nationaler Strategieprozess der Bundesregierung zu „Innovationen in der Medizintechnik“

(AG 3: „von der klinischen Erprobung bis hin zur CE-Kennzeichnung“; AG 4: „ von der CE-Kennzeichnung bis zur Finanzierung durch die GKV“; Schwerpunkt in AG 4: Nutzenbewertung);

## 7. Was hat sich geändert?

- neu VStG ab 1.1.2012:

Methode kann nur ausgeschlossen werden, wenn die Überprüfung ergibt, dass

- kein ausreichender Nutzen belegt,
- und kein Potential zu einer erforderlichen Behandlungsalternative, insbesondere weil die Methode schädlich oder unwirksam ist;

- neu VStG ab 1.1.2012:  
Erprobung der Methode, wenn die Überprüfung ergibt:
  - kein hinreichender Nutzenbeleg (noch nicht),
  - aber: Potential der Methode zu einer erforderlichen Behandlungsalternative (und nicht wirkungslos sowie nicht schädlich);
  - G-BA: Richtlinie zur Erprobung dieser Methode;
  - G-BA: nach Erprobung: Entscheidung über Ausschluss der Methode im Lichte der Ergebnisse der Erprobungsphase.
- Was ist Potential? (Wirksamkeit, keine Schädlichkeit, „auf der Grundlage der bisherigen Erkenntnisse“ Möglichkeit des Nutznachweises [z.B. als Therapiealternative, weniger Nebenwirkungen; BT Drs. 17/6906, S.87/88])



# 8. Ausblick auf weitere die Gesetzgebung

***Ich bedanke mich  
für Ihre Aufmerksamkeit!***