

# **Biersdorfer Krankenhausgespräche**

## **Biersdorf, 16.09.2011**

### **Was bringt das Versorgungsgesetz?**

Prof. Dr. Jürgen Wasem

Alfried Krupp von Bohlen und Halbach-  
Stiftungslehrstuhl für Medizinmanagement  
Universität Duisburg-Essen



# Eine schon „traditionelle“ Vorbemerkung



## Überblick ausgewählter Aspekte:

1. Reform der Berufungs- und Entscheidungsprozesse des G-BA
2. Erprobung von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden
3. Reform der Bedarfsplanung bei den Vertragsärzten
4. Reform der Vergütung bei den Vertragsärzten
5. Ambulante spezialärztliche Versorgung
6. Änderung der Spielregeln für MVZs

jeweils:

- ▼ knappe Darstellung des Sachverhaltes
- ▼ knappe Stellungnahme



# I. Reform der Berufungs- und Entscheidungsprozesse des Gemeinsamen Bundesausschusses / I

## (I) Berufungsprozess

### ▼ Der Sachverhalt

- Gesundheitsausschuss des Bundestages erhält ein Widerspruchsrecht (2/3-Mehrheit) gegen von der Selbstverwaltung nominierte Unparteiische Mitglieder des G-BA
  - bei erneuter Ablehnung: Berufung durch den BMG
  - Unparteiische dürfen die letzten drei Jahre nicht bei den Trägerorganisationen des G-BA, Kassen oder als/bei Leistungserbringer(n) tätig gewesen sein
- ⇒ *Veränderungen im parlamentarischen Verfahren nicht ausgeschlossen*

# I. Reform der Berufungs- und Entscheidungsprozesse des Gemeinsamen Bundesausschusses/ 2

## (I) Berufungsprozess

### ▼ Einschätzung

- lange Diskussion über Selbstverwaltung vs. politisch-demokratische Legitimation
- inkludierte und exkludierte Stakeholder des Gesundheitswesens
- Fachentscheidungen versus Entscheidungen von gesellschaftlicher Tragweite

# I. Reform der Berufungs- und Entscheidungsprozesse des Gemeinsamen Bundesausschusses/ 3

## (2) Entscheidungsprozess

### ▼ Der Sachverhalt

- Stimmen auf der Leistungserbringerseite werden je nach Betroffenheit einer oder zwei Organisationen übertragen
- Leistungsausgrenzungen, die mehrere Sektoren betreffen, bedürfen einer qualifizierten Mehrheit von 9 Stimmen
- Ausbau mündlicher Stellungnahmerechte Betroffener

### ▼ Einschätzung

- Majorisierungsängste verständlich
- Re-Sektoralisierung eher gegen die Erfordernis einer zunehmenden Überwindung sektoraler Grenzen
- Ausbau Stellungnahmerechte Betroffener ist zu begrüßen

## 2. Erprobung von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden/ I

### ▼ Sachverhalt:

- Ausgangspunkt: Verbotsvorbehalt im stationären und Erlaubnisvorbehalt im ambulanten Sektor bei neuen Methoden
- G-BA soll künftig (auch auf Antrag der Industrie) neue Methoden durch Richtlinie erproben lassen
- Methode wird während der Erprobung zulasten der GKV erbracht, im stationären Bereich ggfs. durch Festsetzung eines NUB-Entgeltes
- Erprobung wird wissenschaftlich evaluiert; an den Kosten der Evaluation muss sich die Industrie „angemessen“ beteiligen
- Zahl der erprobenden Leistungserbringer kann durch die evaluierende wissenschaftliche Stelle begrenzt werden



## 2. Erprobung von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden/ 2

- ▼ Einschätzung:
  - Erprobungsregelung kann sowohl in der stationären wie in der ambulanten Versorgung die Innovationsgeschwindigkeit erhöhen
  - Erprobung als erster Schritt zur Überwindung der Dualität von Erlaubnis- und Verbotsvorbehalt



### 3. Reform der Bedarfsplanung bei den Vertragsärzten/ I

▼ Sachverhalt:

- Verpflichtung für den G-BA, die Planungsbereiche so festzulegen, dass eine flächendeckende Versorgung sichergestellt wird
- Klarstellung, dass der G-BA die demographische Entwicklung bei der Bedarfsplanung berücksichtigen muss
- Klarstellung des Vorkaufsrechts der KVen in überversorgten Gebieten
- größere regionale Freiräume für die Landesausschüsse bei der Bedarfsplanung
- Stärkung der Rolle der Bundesländer bei der Bedarfsplanung
- Berücksichtigung von Leistungen nach § 116b SGB V bei der Bedarfsplanung
- Berücksichtigung einer Tätigkeit in unterversorgten Gebieten bei Bewerbung in überversorgten Gebieten



## 3. Reform der Bedarfsplanung bei den Vertragsärzten/ 2

### ▼ Einschätzung:

- grundsätzlich können die Maßnahmen sicher einen (kleinen) Beitrag zur absehbaren partiellen regionalen Unterversorgung in einzelnen Arztgruppen leisten
- inwieweit Bedarfsplanung tatsächlich steuernd wirkt, bleibt abzuwarten
- Sind regionale finanzwirksame Aktivitäten und zunehmend überregionale Kalkulation der Krankenkassen bei bundesweit einheitlichem RSA konsistent?

## 4. Reform der Vergütung bei den Vertragsärzten/ I

### ▼ Sachverhalt:

- Stärkung der regionalen Vertragsebene, z.B.: mehr Freiräume bei der Festsetzung der regionalen Punktwerte und bei der Vereinbarung des regionalen Behandlungsbedarfs
- Stärkung der regionalen KVen, insbesondere: mehr regionale Freiräume bei der Honorarverteilung (zudem nur noch im Benehmen mit den Kassen)
- keine Fallzahlabstaffelung bei der Honorarverteilung in unterversorgten Gebieten
- Vorlagepflicht von Selektivverträgen gegenüber den Bundesländern; Initiativrecht der Länder



## 4. Reform der Vergütung bei den Vertragsärzten/ 2

### ▼ Einschätzung:

- Spannungsverhältnis zw. Bemühung um rationale Steuerung durch die Bundesebene und Berücksichtigung regionaler Besonderheiten (aber auch: regionaler Zufälligkeiten, Mehrheitsverhältnisse etc.)
- Schwingt das Pendel zu weit zurück?
- Spannungsverhältnis zwischen regionaler Ausgabensteuerung und zu einem erheblichen Teil überregionaler Finanzkonstruktion der GKV

## 5. Ambulante spezialärztliche Versorgung/ I

### ▼ Sachverhalt:

- erneuter Anlauf, die Teilnahme von Krankenhäusern an der ambulanten Versorgung zu regeln
- Schaffung eines eigenständigen Versorgungsbereichs für Vertragsfachärzte und Krankenhäuser für Krankheitsliste und ambulantes Operieren (Teilbereiche)
- Teilnahme durch Anmeldung bei Erfüllung der vom G-BA aufgestellten Qualifikationserfordernisse, ohne Bedarfsprüfung
- bundesweit einheitliche Vergütung, die 3-seitig vereinbart wird
- Investitionsabschläge bei Erbringung durch Krankenhäuser
- Bereinigung der Gesamtvergütungen um Leistungen, die von dort in die spezialärztliche Versorgung migrieren

## 5. Ambulante spezialärztliche Versorgung/ 2

- ▼ Einschätzung:
  - Schaffung gleicher Spielregeln bei Zulassung, Vergütung, Qualitätssicherung für alle Leistungserbringer in der Behandlung der komplexen Krankheiten sinnvoll
    - ▼ Kann auf eine regelmäßige Überprüfung der Einhaltung der Qualifikationsanforderungen verzichtet werden?
  - Ausgabenrisiken, wenn auch Bereiche ohne klare Indikationsstellung und mit Möglichkeiten der angebotsinduzierten Nachfrage einbezogen werden
  - Strikte bundeseinheitliche Vergütung steht im Widerspruch zum im Übrigen starken Trend der Regionalisierung des Vergütungsgeschehens
  - Investitionsabschlag für die Krankenhäuser grundsätzlich sinnvoll, wenn auch wie vorgesehen zu schematisch
  - Bereinigung der Morbi-GV sinnvoll



## 6. Änderung der Spielregeln für MVZs/ I

### ▼ Sachverhalt:

- Ärztlicher Leiter muss in MVZ selbst ärztlich tätig sein
- Beschränkung des Kreises der MVZ-Gründungsberechtigten und Ausschluss der AG als Rechtsform der Gründer
- Beschränkung der Möglichkeit für MVZ, in überversorgten Gebieten Vertragsarztsitze zu übernehmen



## 6. Änderung der Spielregeln für MVZs/ 2

▼ Stellungnahme:

- Empirische Evidenz für Nachteile für die Versorgung durch den heute erweiterten Kreis der Gründungs- und Vertragsarztsitz-Übernahmeberechtigten ist dem Referenten nicht bekannt

**Ich danke Ihnen für Ihre Aufmerksamkeit und  
freue mich auf eine anregende Diskussion**

**Kontakt:**

**Prof. Dr. Jürgen Wasem  
Universität Duisburg-Essen**

**[juergen.wasem@medman.uni-due.de](mailto:juergen.wasem@medman.uni-due.de)**

**Tel.: 0201 183 -4072 (Skr.) /-4537 (pers. Ass.)**

**Fax: 0201 183 -4073**

**[www.mm.wiwi.uni-due.de](http://www.mm.wiwi.uni-due.de)**