



46. Berliner Krankenhaus Seminar


**Neue Gesetze, neue Regeln –
schaffen sie eine bessere Versorgung im Gesundheitswesen?**

9. November 2011, Technische Universität Berlin

**Versorgungsgesetz:
Was kommt wirklich auf uns zu
in Krankenhaus und Praxis?**

Dr. Rudolf Kösters, Präsident 

Wegelystraße 3, 10623 Berlin

Agenda 

- 1. Zeitplan GKV-Versorgungsstrukturgesetz (GKV-VStG)**
- 2. DKG-Positionen zur sektorenübergreifenden Versorgung**
- 3. GKV-VStG: Regierungsentwurf
und Beurteilung aus Sicht der Krankenhäuser**
- 4. Finanzielle Situation der Krankenhäuser**

Dr. Rudolf Kösters 2

Zeitplan GKV-VStG

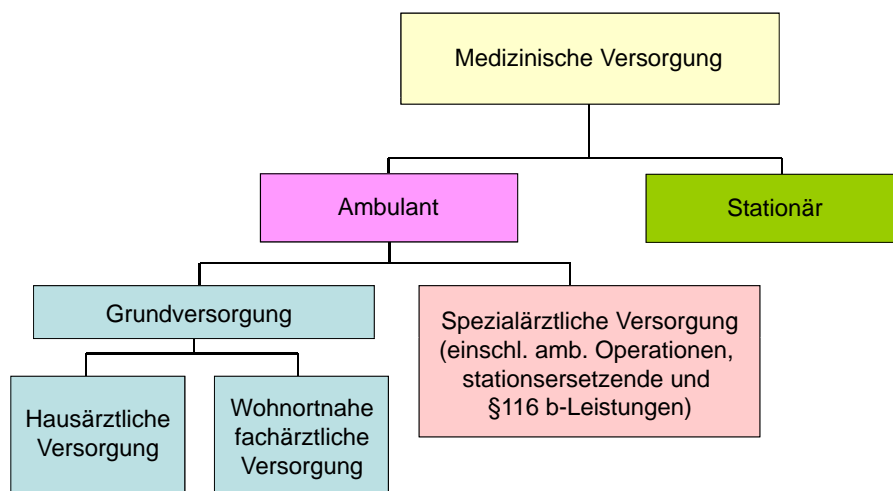


Oktober 2009	Koalitionsvertrag der Bundesregierung * Ärztemangel, drohende Unterversorgung etc. werden thematisiert
Oktober 2010	GMK-Sondersitzung: * Forderung: Stärkung der Gestaltungsmöglichkeiten der Länder in der medizinischen Versorgung * Bildung einer Bund-Länder-Kommission zur Sicherstellung der medizinischen Versorgung in Deutschland
April 2011	Abschluss Bund/Länderkommission Bund-Länder-Eckpunktepapier
Mai/Juni 2011	Arbeitsentwurf / Referentenentwurf
03.08.2011	Kabinettsbeschluss / Regierungsentwurf
23.09.2011	1. Durchgang Bundesrat / 1. Lesung Bundestag
19.10.2011	Anhörung im Gesundheitsausschuss des Dt. Bundestages
02.12.2011	2./3. Lesung Bundestag
16.12.2011	2. Durchgang Bundesrat
01.01.2012	Inkrafttreten des Gesetzes

Dr. Rudolf Kösters

3

DKG-Vorschlag: Gestaltung medizinischen Versorgung



Dr. Rudolf Kösters

4

DKG-Vorschlag: Gestaltung ambulante ärztliche Versorgung



Ambulante ärztliche Versorgung

Spezialfachärztliche Versorgung

Leistungsspektrum:

- Ambulante Operationen und stationsersetzende Eingriffe (§ 115b SGB V)
- Hochspezialisierte Leistungen, seltene Erkrankungen und Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen nach § 116 b SGBV
- Leistungen, die nicht von den Merkmalen des AOP-Kataloges erfasst bzw. im 116b-Katalog enthalten sind und das **Spezialwissen**, die **interdisziplinären Behandlungsstrukturen** und die **Hintergrundssicherheit** der Krankenhäuser erfordern

DKG-Vorschlag: Gestaltung ambulante ärztliche Versorgung



Ambulante ärztliche Versorgung

Haus- und fachärztliche Grundversorgung	Spezialfachärztliche Versorgung
<p><u>Zentrale Herausforderungen:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Beseitigung bestehender Versorgungsdefizite • Patientengerechte Weiterentwicklung der medizinischen Versorgung <p><u>Notwendige Schritte:</u></p> <p>=> Sachgerechte Weiterentwicklung der vertragsärztlichen Bedarfsplanung erforderlich</p> <p>=> Regelmäßige Einbindung der Kapazitäten der Krankenhäuser in die ambulante Grundversorgung bei Unterversorgung</p>	<p><u>Zentrale Herausforderung:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Zentrale Schnittstellenfunktion des Versorgungsbereichs <p><u>Ziele:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Wahlmöglichkeiten für Patienten verbessern • Verbesserter Zugang zu Spezialisten • Vermeidung von Versorgungsbrüchen zwischen den Sektoren <p><u>Notwendige Schritte:</u></p> <p>=> Engere Verzahnung der ambulanten Versorgungsangebote</p> <p>=> Fließende Übergänge zwischen stationärer und ambulanter Versorgung</p>

DKG-Vorschlag: Gestaltung ambulante ärztliche Versorgung



Ambulante ärztliche Versorgung

Haus- und fachärztliche Grundversorgung

Eckpunkte:

- kleinräumige Bedarfplanung, flexible Zulassungsmöglichkeiten
- Analyse von Versorgungsbedarf und Entscheidung über Zulassungen unter Einbeziehung von Ländern, Kommunen u. LKGen
- bei Unterversorgung: finanzielle Anreize zur Niederlassung, stärkere Einbeziehung der KH in ambulante Versorgung (§ 116a SGB V)
- Ermächtigungen (beständig und planbar, Instituts- vor persönlichen Ermächtigungen)
- DKG in Bewertungsausschuss für vertragsärztliche Versorgung

Spezialfachärztliche Versorgung

Eckpunkte:

- Leistungserbringer: Krankenhäuser und besonders qualifizierte Vertragsärzte (Wahlfreiheit der Patienten)
- Voraussetzung: einheitliche Qualitätsanforderungen für alle Leistungserbringer (G-BA)
- keine Bedarfsplanung mit Zulassungsbeschränkungen
- Koordinationsgremien ausschließlich zur Vermeidung von Unterversorgung (Länder)
- Bewertung innovativer Behandlungsmöglichkeiten und -verfahren: § 137c SGB V
- Vergütung: einheitlich, unmittelbar durch Kostenträger, Basis: Euro-Gebührenordnung, Festlegung Struktur und Höhe durch eigenständigen Bewertungsausschuss (incl. DKG)

Dr. Rudolf Kösters

7

DKG-Vorschlag: Gestaltung stationäre ärztliche Versorgung



**Sicherstellung durch Landeskrankenhausplanung bewährt,
=> auch zukünftig öffentliche Aufgabe, die bei den Ländern liegt**

- **Rahmenplanung**
 - Festlegung von Standorten und medizinischen Fachgebieten
 - Vermeidung von Unterversorgung
 - Trägervielfalt als eigenständiger Wert
- **Zulassung zur Leistungserbringung:**
 - Weiterhin nach den Voraussetzungen des § 108 SGB V
 - Kein automatischer Ausschluss aufgrund von Mindestmengen
- **Leistungsspektrum:**
 - Gemäß Versorgungsauftrag gem. § 109 SGB V
 - Keine detaillierte Leistungsplanung

Dr. Rudolf Kösters

8

Kooperationsmöglichkeiten weiter ausbauen



- 6 200 niedergelassene Fachärzte erbringen als Belegärzte stationäre ärztliche Leistungen.
- An zahlreichen Krankenhäusern sind Arztpraxen und Ärztehäuser eingerichtet.
- Niedergelassene Ärzte nutzen Einrichtungen der Krankenhäuser für ambulante Operationen und Diagnostik.
- Krankenhäuser sind häufig der Standort der ambulanten Notfallversorgungspraxis.
- Die § 116 b-SGB V-Leistungen werden häufig kooperierend mit niedergelassenen Ärzten erbracht.
- Über Integrationsverträge arbeiten Krankenhäuser und niedergelassene Ärzte eng zusammen.

Dr. Rudolf Kösters

9

Rechtliche Rahmenbedingungen sektorenübergreifender Behandlung



- | | |
|--|-----------------------|
| • Vor- und nachstationäre Behandlung | (§ 115a SGB V) |
| • Ambulantes Operieren und stationärsersetzende Eingriffe | (§ 115b SGB V) |
| • Ambulante Behandlung durch Krankenhäuser
(Unterversorgung, hochspezialisierte Leistungen,
seltene Erkrankungen, besonderer Behandlungsverlauf) | (§ 116 a und b SGB V) |
| • Neue Versorgungsformen | |
| • Integrierte Versorgung | (§ 140a-d SGB V) |
| • Disease Management Programme | (§ 137f SGB V) |
| • Bestimmte Erkrankungen / Patientengruppen | |
| • Psychiatrie und Psychotherapie | (§ 118 SGB V) |
| • Sozialpädiatrie und geistige Behinderung | (§ 119,119a SGB V) |
| • Hochschulambulanzen | (§ 117 SGB V) |
| • Medizinische Versorgungszentren | (§ 95 SGB V) |

Dr. Rudolf Kösters

10

Problem:

1) Urteil des BSG vom 23.3.2011:
Krankenhäuser dürfen - abgesehen von belegärztlichen Operationen -
ihre Leistungen nur mit eigenen (angestellten) Ärzten erbringen!

2) Zeitliche Begrenzung auf 13 Wochenstunden

Gesetzlicher Änderungsbedarf (§ 115b SGB V)

Weiteres Problem:

Reichweite der Zulässigkeit von Drittleistungen im stationären Bereich:
Divergierende untergerichtliche Rechtsprechung zu § 2 Abs. 2 Zif. 2
KHEntgG

Der Bereich ist gekennzeichnet durch:

1. seine Schnittstellenfunktion.
 - * Gewährleistung von Behandlungskontinuität nach stationären Aufenthalten
 - * Fließende Übergänge zwischen stationärer und ambulanter Krankenhausbehandlung

2. Leistungen, die aufgrund von Interventionsmöglichkeiten und der Notwendigkeit, spezielles medizinisches Wissen vorzuhalten, im besonderen Maße die Nähe zu Krankenhäusern oder spezialärztlichen Ambulanzen erfordern.

Charakteristika des neuen Versorgungsbereichs nach GKV-VStG



- = Deregulierter ambulanter Versorgungsbereich mit eigenständigem Zulassungs-, Qualitätssicherungs- und Vergütungssystem
- Zulassungsvoraussetzung: Erfüllung Qualitätskriterien
 - Gleichberechtigung von niedergelassenen Ärzten, Schwerpunktpraxen und Krankenhäusern
 - Losgelöst von vertragsärztlicher Bedarfsplanung und rigider Zulassungssystematik
 - Zusätzlicher Vorteil niedergelassene Ärzte: unabhängig von Regelleistungsvergütungen
 - Feste Vergütung und direkte Abrechnung mit den Krankenkassen, 5 % Investitionsabschlag für Krankenhausleistungen

Spezialärztliche ambulante Versorgung



umfasst nach dem GKV-VStG:

- hochspezialisierte Leistungen und ambulante Behandlung seltener Erkrankungen und Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen nach § 116b Absatz 2 und 3 SGB V gültige Fassung
-> d.h. Überführung der derzeit geltenden Rechtslage
- bestimmte ambulante Operationen und stationersetzende Eingriffe nach § 115b SGB V nach Zuordnung durch den G-BA; die dreiseitigen Zuständigkeiten nach § 115b SGB V bleiben ansonsten erhalten

1. **Zulassung** zur Leistungserbringung:

- sowohl von Krankenhäusern als auch von besonders qualifizierten Vertragsärzten möglich.
- Voraussetzung: die Erfüllung der für die spezialfachärztlichen Leistungen geltenden Qualitätsanforderungen, die vom Gemeinsamen Bundesausschuss einheitlich für alle Leistungserbringer in diesem Bereich festgelegt werden.
- Zulassung durch Meldung der Erfüllung an die Landesverbände der Krankenkassen und den Ersatzkassen, der KV und der LKG unter Angabe der Leistungsbereiche

2. Keine **Bedarfsplanung** mit Zulassungsbeschränkungen

3. **Vergütung**: einheitlich und unmittelbar durch die Kostenträger, mittelfristig auf der Basis einer Euro-Gebührenordnung, die durch die Vertragspartner auf Bundesebene vereinbart wird. Bis dahin gilt der EBM.

Bewertung aus Sicht der Krankenhäuser :

- + Grundsätzliche Begrüßung der Ansätze:
es werden einige Probleme der jetzigen Regelung gelöst!
- Kritisch:
 - Kooperationserfordernis mit niedergelassenen Ärzten (§ 116b Abs. 3), insbesondere bei onkologischen Erkrankungen,
Grund: Zwangscharakter; es muss ausgeschlossen sein, dass die Zulassung von Krankenhäusern durch Nichtkooperation von Vertragsärzten verhindert wird!
 - vorgesehene Übergangsregelungen sind ergänzungsbedürftig;
es muss sichergestellt sein, dass diejenigen Krankenhäuser, die derzeit über eine Zulassung verfügen, uneingeschränkt weiterhin zugelassen bleiben. Darüber hinaus sind die bereits seit langem anhängigen Anträge bei den Ländern noch nach altem Recht abzuarbeiten.

Medizinische Versorgungszentren (MVZ)



in der Trägerschaft von Krankenhäusern (KH-MVZ) (1/2):

- stellen keine Gefahr für die Freiberuflichkeit dar, sondern ergänzen die flächendeckende Versorgung.
- stehen unter ärztlicher Leitung und unterliegen den gleichen vertragsärztlichen Rahmenbedingungen wie Ärzte-MVZ.
- ermöglichen im besonderen Maße die medizinisch sinnvolle und vom Gesetzgeber gewollte Verzahnung ambulanter und stationärer Leistungen und sind schon heute ein bedeutender Bestandteil der Versorgungsrealität.
- bieten flexible ärztliche Beschäftigungsmöglichkeiten zur besseren Vereinbarkeit von Familie und Beruf und ermöglichen eine bessere Ausschöpfung knapper ärztlicher Ressourcen. Damit leisten sie einen Beitrag zur Bewältigung des Ärztemangels.

Medizinische Versorgungszentren (MVZ)



in der Trägerschaft von Krankenhäusern (KH-MVZ) (2/2):

- erleichtern sektorübergreifenden Wissenstransfer und
- Leisten einen wertvollen Beitrag zur Weiterbildung der Ärzte.
- erschließen Synergien in der gemeinsamen Nutzung im Krankenhaus vorhandener Infrastruktur.
- sind häufig die einzig verbliebene Möglichkeit für niedergelassene Ärzte, bei Eintritt in den Ruhestand ihre Praxis zu verwerten.

Ansätze im GKV-VStG

- Vorkaufsrechte für die KV und Mitbewerber
- Rechtsform: Ausschluss von Aktiengesellschaften
- Ausschluss von bisher gründungsberechtigten Leistungserbringern

Bewertung aus Sicht der Krankenhäuser:

Im Bereich der MVZ gibt es *keinen* spezifischen gesetzgeberischen Handlungsbedarf.

Krankenhäuser können zwar weiterhin Gründer sein, die zahlreichen Neuregelungen und ihre Handhabungsmöglichkeiten durch die KV-dominierten Zulassungsgremien öffnen aber viele Möglichkeiten zur Benachteiligung von Krankenhäusern.

➡ Streichung der beabsichtigten Neuregelungen!

Gute Ansatzpunkte zur Absicherung der medizinischen Versorgung:

- + Bessere Organisation und Sicherstellung der ambulanten medizinischen Versorgung
- + Qualitätsorientierte, wettbewerbliche Grundlage der spezialärztlichen ambulanten Leistungen
- + Gleiche Bedingungen für niedergelassene Ärzte und Krankenhäuser
- + Maßgeblich soll ausschließlich die Perspektive des Patienten sein

aber:

Ambulante spezialärztliche Versorgung (§ 116b)

Zulassung zur Leistungserbringung und Leistungsumfang



1. Einschränkung der Rechte ...

- a) onkologischer Patienten bzgl. freier Krankenhauswahl und
- b) des Spektrums onkologischer Leistungen an Krankenhäusern im Vergleich zu dem derzeit vom G-BA definierten Leistungsspektrum: nur noch bestimmte Fallkonstellationen

2. Kooperation mit niedergelassenen onkologischen Fachpraxen

- Kooperationsverpflichtung wirkt einseitig für Krankenhäuser
- Kein Bestandsschutz: bereits erteilte Zulassungen gelten nach Inkrafttreten des Gesetzes noch maximal ein Jahr

Richtlinienkompetenzen des G-BA



- Ausweitung der Richtlinienkompetenz (§ 116b Abs. 3 SGB V)
=> Gefahr der Einschränkung des Leistungsspektrums der § 116b-Leistungen und damit der Wahlfreiheit der Patienten
- Möglichkeit des G-BA, Entscheidungshilfe zu formulieren für die Definition von Erkrankungen mit „besonderen Krankheitsverläufen“, die keine seltenen Erkrankungen sind

Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)



- + Stimmenübertragung bei Beschlüssen, die nicht alle Sektoren betreffen
- + Mehrheitserfordernisse bei Leistungsausschlüssen
- + Bürokratiekostenfolgenabschätzung
- + Unparteiische Mitglieder: Benennung Selbstverwaltung, Bestätigung durch Bundestagsgesundheitsausschuss

aber:

- Erhebliche Einschränkung desjenigen Personenkreises, aus dem die unparteiischen Mitglieder gewählt werden können
- Umfangreiche Kompetenzen des G-BA zu Einschränkungen des Leistungsangebotes im ambulanten spezialärztlichen Versorgungsbereich (=> Gefahr von Einschränkungen in der Patientenversorgung, z.B. durch Überweisungsvorbehalte)

Einnahmenseite

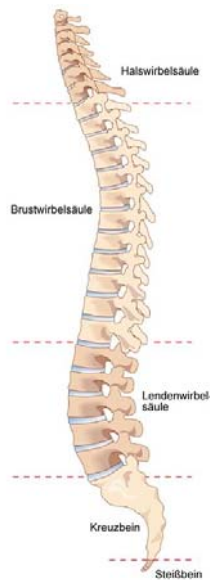
- GKV-FinG: Reduktion der Einnahmen um ca. 500 Mio. Euro in 2011
- Durchschnittlicher Anstieg Landesbasisfallwerte nur 0,3 %, aktuelle Inflationsrate 2,4 %, Anstieg Personalkosten 2,5 – 3,0 %
- Mehrleistungsabschlag 30 %

Ausgabenseite (Ausblick 2012)

- Personalkostenanstieg:
Forderungen Marburger Bund bedeuten + 9,5 % bzw. 350 Mill. €
- Verhandlungen mit Verdi stehen ebenfalls noch aus
- GKV-FinG: Abzug 0,5 % von Grundlohnrate (300 Mio. Euro)
- Grundlohnrate 2012: 1,98 %

- **GKV-FinG:**
Grundlohnratekürzungen, dauerhafte Mehrleistungsabschläge
- **AMNOG:**
Verteuerung von Arzneimitteln, bes. in der Onkologie
- **Hygienegesetz:**
zusätzliches Personal bzw. Qualifizierung
- **Bürokratielasten:**
erweiterte Kodierpflichten (Psychiatrie und Pflege)
jährliche Krankenhausberichte (Hygienegesetz)
- **GKV-VStG:**
5 %iger Abschlag auf spezialärztliche Leistungen in Krankenhäusern

Gleichzeitig sind Krankenhäuser vielfach
das Rückgrat der Versorgung!



Dr. Rudolf Kösters

Quelle: Apothekenumschau 27

Herzlichen Dank
für Ihre Aufmerksamkeit!



Dr. Michael Meyer,
Siemens

Dr. Rudolf Kösters

28

GKV-VStG: Flächendeckende Versorgung



Neuregelung § 116 a SGB V

Zukünftig sollen Krankenhäuser durch die Zulassungsausschüsse auch dann zur Teilnahme an der vertragsärztlichen ermächtigt werden können, wenn in einem nicht unterversorgtem Planungsbereich ein zusätzlicher lokaler Bedarf besteht.

DKG: wird begrüßt!

GKV-VStG: Flächendeckende Versorgung



Neuregelung § 105 Abs. 5 SGB V

Erstmals sollen auch Kommunen in begründeten Ausnahmefällen eigene Einrichtungen zur ambulanten Versorgung betreiben können. Die KV muss zustimmen.

DKG: wird grundsätzlich begrüßt
aber: die vorgesehene Nachrangigkeit kommunaler Einrichtungen ist abzulehnen. Wegen des Eigeninteresses zur Versorgung der Bürger müssen kommunale Einrichtungen Vorrang vor Einrichtungen der KV haben.