

ALLOKATION IM  
MARKTWIRTSCHAFTLICHEN SYSTEM

**65**

EBERHARD WILLE  
KLAUS KNABNER  
(HRSG.)

**STRATEGIEN  
FÜR MEHR EFFIZIENZ  
UND EFFEKTIVITÄT  
IM GESUNDHEITSWESEN**

# **Das Versorgungsstrukturgesetz<sup>1</sup>**

*Ulrich Orlowski*

## **1. Zwischenbilanz**

Zu Beginn des Jahres 2012 ist die finanzielle Situation der GKV global und auf Einzelkassenebene – trotz teils erheblicher Unterschiede zwischen den Krankenkassen – stabil. Sowohl auf der Ebene des zentralen Fonds als auch auf der Ebene der Einzelkassen sind erhebliche, ungebundene Überschüsse aufgelaufen. Die finanzielle Ausstattung des Systems ist dabei so günstig, das z.B. auch die DAK zum 01.04.2012 den bisher von ihr erhobenen Zusatzbeitrag abschaffen kann; – wie lange das allerdings bei der jahresbezogenen Betrachtungsweise möglich sein wird, bleibt abzuwarten. Die mit dem GKV-FinG vom 22.12.2010 (BGBl I S. 2309) weiterentwickelten Rahmenbedingungen des Fonds (gesetzlich fixierter, erhöhter Beitragssatz von 15,5 % kombiniert mit einkommensunabhängigem Zusatzbeitrag mit – steuerfinanziertem – Sozialausgleich) bilden den Hintergrund dieser – einmaligen – Finanzausstattung einschließlich einer unerwartet günstigen Entwicklung der Konjunktur in den letzten beiden Jahren. Wie unerwartet diese konjunkturelle Entwicklung in Deutschland trotz der europäischen Finanzkrise war, kann z.B. daran erkannt werden, dass die Bundesregierung ihre Einnahmeschätzung, die über den Schätzerkreis maßgebliche Bedeutung für die finanzielle Entwicklung der Finanzausstattung der GKV hat, in den Jahren ab 2009 mehrfach nach oben korrigiert hat. Zusätzlich wirken ausgabenseitig die stabilisierenden Effekte des GKV-Änderungsgesetzes vom 24.07.2010 (BGBl I S. 983) insbesondere mit der Anhebung des Herstellerrabattes für nicht festbetragsgeregelte Arzneimittel sowie – erwartete – strukturelle Effekte der Preisregelung des Arzneimittelmarktneuordnungsgesetzes vom 22.12.2010 (BGBl I S. 2262). Das Niveau der Arzneimittelausgaben der GKV ist auf der Grundlage der Regelungen dieses Gesetzes erstmals (seit dem Gesundheitsstrukturgesetz von 1992) wieder gesunken und nicht – wie normalerweise üblich – gewachsen.

Vor diesem Hintergrund ist im Jahr 2011 das GKV-Versorgungsstrukturgesetz vom 22.12.2011 (BGBl I S. 2983) parlamentarisch

---

<sup>1</sup> Der Text gibt die persönliche Auffassung des Autors wieder.

beraten und verabschiedet worden. Das Versorgungsstrukturgesetz ist mit seinen wesentlichen Regelungen zum 01.01.2012 in Kraft getreten. Ziel dieses Gesetzes ist es, nach der Weiterentwicklung der finanziellen Rahmenbedingungen des Systems und der Neuordnung des Arzneimittelmarktes durch das GKV-Anpassungsgesetz und das AMNOG, die Versorgungsstrukturen in zentralen Leistungsbereichen weiter zu entwickeln, um eine bedarfsgerechte sowie qualitätsvolle Patientenversorgung auch künftig zu gewährleisten. Die Schwerpunkte dieses Gesetzes sind:

- die Weiterentwicklung der Bedarfsplanung für die ambulante vertragsärztliche Versorgung,
- die Weiterentwicklung der Rahmenbedingungen für die Honorierung vertragsärztlicher Tätigkeit,
- die Weiterentwicklung der Rahmenbedingungen für die Honorierung vertragszahnärztlicher Tätigkeit,
- die Verbesserung der Versorgung an der Schnittstelle zwischen ambulanter und vertragsärztlicher Versorgung insbesondere durch die Öffnung von Strukturen für die spezialfachärztliche Versorgung,
- die Weiterentwicklung der Wirtschaftlichkeitsprüfungen für Arznei- und Heilmittel ("Beratung vor Regress"),
- die Neuordnung des Ausschlusses sowie der Bewertung von medizinischen Methoden in Diagnose und Therapie durch den Gemeinsamen Bundesausschuss,
- die Regelungen zur Stärkung der Neutralität des G-BA sowie
- die Weiterentwicklung der Rahmenbedingungen für die Transparenz des GKV-Systems und Maßnahmen zur Verbesserung der Datengrundlage für die Versorgungsforschung.

## **2. Planung der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung**

### **2.1. Aufgabenstellung**

Die mit dem Gesundheitsstrukturgesetz vom 21.12.1992 (BGBl I S. 2266) erneut eingeführte Bedarfsplanung für die vertragsärztliche Versorgung hat die in sie gesetzten Erwartungen auch wegen der verfassungsrechtlichen Rahmenbedingungen für die Nachbesetzung im gesperrten Gebiet nicht erfüllt. Die derzeitige Versorgungssituation ist gekennzeichnet durch erhebliche

Unterschiede in der Arztdichte zwischen insbesondere überversorgten Ballungsräumen und strukturschwachen, ländlichen sowie urbanen Regionen bei einer im europäischen Vergleich insgesamt hohen Arztdichte verbunden mit einer im internationalen Kontext sehr hohen Zahl an Arztkontakte. Bereits jetzt wird diese verzerrte und nicht bedarfsgerechte Struktur konfrontiert mit den Wirkungen des demografischen Wandels. Neben die demografisch bedingte Veränderung der Morbidität der Versicherten (Zunahme an chronischen Erkrankungen, Zunahme an altersbedingten Erkrankungen wie z.B. auch Krebs) und der - ökonomisch und demografisch bedingten Wanderungsbewegung innerhalb Deutschlands (Vergleiche hierzu: Demografiebericht der Bundesregierung vom 07.12.2011 BT-Drs. 17/7699; Beske, Brix, Arzt und Krankenhaus, Sonderdruck, 1/2012), ist hier insbesondere auch die demografisch bedingte Veränderung der Ärzteschaft selbst von Relevanz. Der Gesetzgeber des Versorgungsstrukturgesetzes musste also die Vorgaben für die vertragsärztliche Bedarfsplanung an diese sich ändernden Rahmenbedingungen anpassen und für die sich neu abzeichnende Versorgungssituation perspektivisch neue Antworten entwickeln.

## **2.2. Maßnahmen**

Das Versorgungsstrukturgesetz flexibilisiert vor diesem Hintergrund zunächst auf Bundesebene die Rahmenbedingungen für die Bedarfplanungsrichtlinie des G-BA und erteilt dem G-BA den Auftrag, bis spätestens zum 31.12.2012 die Bedarfsplanungsrichtlinie neu zu beschließen. Die bisherige Anbindung der Bedarfsplanung an die Raumordnungsgrenzen wird aufgegeben mit dem Ziel, zu einer bedarfsgerechteren Beschreibung der vertragsärztlichen Versorgung in den Planungsräumen zu gelangen. Die bisherigen Raumordnungsgrenzen sind weder zur Beschreibung einer angemessene wohnortnahen hausärztlichen noch zur Beschreibung einer angemessenen wohnortnahen fachärztlichen Versorgung geeignet. Maßgeblich für die Beschreibung und Fortschreibung des angemessenen Versorgungsbedarfes soll künftig allein die bedarfsgerechte vertragsärztliche Versorgung (und nicht mehr die Versorgung zum Stichtag des Vorjahres) sein. Die Zahl der geplanten Arztgruppen wird sich daher verändern, die räumlichen Planungsvorgaben für diese Arztgruppen werden sich künftig auch untereinander unterscheiden. So ist die räumliche Beschreibung einer

angemessenen, wohnortnahmen hausärztlichen Versorgung anders zu definieren als die Beschreibung einer angemessenen (wohnortnahmen bzw. überregionalen) fachärztlichen Versorgung.

Ergänzend zu diesem Gestaltungsspielraum des G-BA bei der Weiterentwicklung der Bedarfsplanungsrichtlinie wird den Ländern als Verantwortlichen für die Sicherung der gesundheitlichen Versorgung ihrer Bevölkerung durch das Versorgungsstrukturgesetz eigener, subsidiärer Gestaltungsspielraum bei der regionalen Weiterentwicklung der Bedarfsplanung zugewiesen. Die unterschiedliche Entwicklung der Versorgungssituation zwischen den verschiedenen Bundesländern sowie innerhalb der einzelnen Bundesländer macht es erforderlich, dass auf der Grundlage eines bundeseinheitlichen Planungsrahmens die Länder als regionale Verantwortungsträger ihren jeweiligen regionalen Besonderheiten bei der Gestaltung von Versorgung Rechnung tragen können. Die Bedarfsplanungsrichtlinien des G-BA werden daher durch das VStG für abweichende, regionale Regelungen geöffnet soweit diese abweichenden Regelungen für die jeweiligen regionalen Besonderheiten erforderlich sind. Diese Öffnungsklausel für abweichende regionale Bedarfssituationen kann insbesondere durch Empfehlungen eines auf Landesebene eingerichteten Gremiums konkretisiert werden, das insbesondere den landesspezifischen sektorenübergreifenden, regionalen Versorgungsbedarf beschreiben soll. Ergänzt wird diese Grundstruktur - flexible Vorgaben für die Bedarfsplanung des G-BA auf Bundesebene mit regionaler Öffnungsklausel für die Gestaltung regionaler Bedarfe durch den Landesgesetzgeber - durch verschiedene Maßnahmen zur Flexibilisierung der Rahmenbedingungen vertragsärztlicher Tätigkeit (z.B. Wegfall der Residenzpflicht, Präzisierung delegierbarer Leistungen, Auftrag an den Bewertungsausschuss zur Beschreibung telemedizinisch erbringbarer Leistungen) und Maßnahmen zur Verbesserung der Vereinbarkeit der vertragsärztlichen Tätigkeit mit Familie und Pflege. Denn die Erwartungen und Anforderungen auch der Ärzte/innen an vertragsärztliche Tätigkeit haben sich in den letzten Jahrzehnten deutlich verändert.

Begleitet wird diese Grundstruktur durch Vergütungsanreize auf regionaler Ebene, die zur Förderung besonders förderungswürdiger Leistungen (z.B. Hausbesuche) sowie besonders förderungswürdiger Leistungserbringer von den Gesamtvertragspartner vereinbart werden können. Die bisherige pretiale

Steuerung, die Zu- aber auch Abschläge für Vertragsärzte in unter- bzw. überversorgten Gebieten vorsah, wird endgültig gestrichen. In unversorgten bzw. von Unterversorgung betroffenen Gebieten werden die Maßnahmen zur Fallzahlbegrenzung (Abstaffelung bei Überschreitung der Regel-leistungsvolumina) künftig nicht mehr angewandt. Ein Vertragsarzt, der wegen einer Unterversorgung mit Fallzahlsteigerungen in seiner Praxis konfrontiert ist, darf nicht für die Steigerung der Fallzahlen mit Abstaffelung der Vergütung bestraft werden.

Ergänzt wird diese Struktur schließlich durch Vorgaben für die Situation, dass die vertragsärztliche Versorgung in den tradierten freiberuflichen Strukturen nicht mehr sichergestellt werden kann. So werden insbesondere die Kassenärztlichen Vereinigungen beauftragt in einer derartigen Situation zur Erfüllung des ihnen zugewiesenen Sicherstellungsauftrages auch durch Eigeneinrichtungen die notwendige ärztliche Versorgung zu sichern; subsidiär wird diese Verantwortung für die Versorgung an die Gemeinden adressiert und zwar für den Fall, dass Vertragsärzte und Vertragsärztekörperschaften die Sicherstellung der angemessenen Versorgung nicht mehr darstellen können. Die Erwartung, dass – entsprechend diesen unterschiedlichen regionalen Bedarfen – vertragsärztliche Tätigkeit sich innerhalb der nächsten Jahre weiterentwickeln und diesen Bedarf anpassen wird und anpassen muss, wird durch das VStG aufgegriffen und mit den adäquaten Instrumenten verknüpft.

Das VStG stellt auch für die Konstellation der Überversorgung geeigneten Antworten zur Verfügung. Klargestellt wird zunächst, dass KVn - künftig auch ohne Altersgrenze - frei werdende Vertragsarztsitze aufkaufen können. In von Überversorgung bedrohten Gebieten können künftig von dem Zulassungsausschuss auch befristete Zulassungen erteilt werden. Maßgeblich ist, dass künftig, d.h. nach der Neudeinition der bedarfsgerechten Versorgung durch die Bedarfsplanungsrichtlinie des G-BA zum 31.12.2012, bei der Nachbesetzung von Vertragsarztsitzen im gesperrten Gebiet eine Nachbesetzung nur dann noch in Betracht kommt, wenn der Zulassungsausschuss – mit den Stimmen der Vertreter der Ärzteschaft – eine Nachbesetzung wegen Versorgungsbedarf trotz Überversorgung für erforderlich hält. Die verfassungsrechtlich erforderliche Privilegierung der Nachbesetzung im gesperrten Gebiet bei z.B. Kindern, Ehegatten, Partnern bzw. angestellten Ärzten des Vertragsarztes bleiben erhalten.

### **3. Vertragsärztliches Honorar**

Die Reform der Rahmenbedingungen für die Honorierung vertragsärztlicher Tätigkeit durch das GKV-WSG vom 26.03.2007 (BGBI I S. 378) hat zugunsten der Vertragsärzteschaft in den Jahren 2008 und 2009 einen Anstieg der Ausgaben der Krankenkassen von insgesamt über 4,5 Mrd. Euro bewirkt. Diese Reform der letzten Legislatur war wesentlich durch die Vorstellung geprägt, durch bundeseinheitliche Vorgaben zu einer einheitlichen Honorierung der gleichen vertragsärztlichen Tätigkeit einschließlich einer einheitlichen Steuerung der Menge erbrachter vertragsärztlicher Leistungen zu gelangen. Dieser weitgehend zentralistische Ansatz hat sich wegen der in den KVen jeweils doch sehr unterschiedlichen Verhältnisse trotz der deutlichen Erhöhung der Ausgaben der Krankenkassen für vertragsärztlichen Tätigkeit nicht bewährt (wie eine Vielzahl von Korrekturen von Vorgaben des BWA belegt). Mit dem VStG wird hieraus die Konsequenz gezogen, dass im Rahmen bestimmter zentraler Vorgaben für die Entwicklung der Gesamtvergütungen sowie für die Honorarverteilung die Gestaltungsfreiheit- und Verantwortung der vertragsärztlichen Selbstverwaltungen in den Regionen wieder deutlich gestärkt wird. In der Gestalt des VStG hat die Honorarordnung folgende Grundelemente:

- der bundeseinheitliche Euro- Orientierungswert und die hieraus entwickelten regionalen Eurogebührenordnungen werden für die Vergütung vertragsärztlicher Leistungen beibehalten und als Preisregel weiterhin bundeseinheitlich fortgeschrieben;
- die Gesamtvergütungen werden auch künftig morbiditätsorientiert von den Gesamtvertragspartnern fortentwickelt; die bisherigen bundeseinheitlichen vom BWA vorgegebenen Steigerungsraten werden allerdings durch Steigerungsraten ersetzt, die innerhalb eines (vom BWA jeweils vorgegebenen) Korridors von der Gesamtvertragspartnern zu vereinbaren sind. Dabei setzt die Vereinbarung höherer – morbiditätsbedingter – Steigerungsraten den Nachweis der Morbidität voraus. Da die verbindlichen Vorgaben für die Codierung vertragsärztlicher Tätigkeit aufgegeben wurden, müssen die KVen im Verhandlungsprozess mit den Krankenkassen für die Fortschreibung der morbiditätsorientierten Gesamtvergütungen entsprechend geeignete Nachweise einer regionalen besonderen Morbidität (= Behandlungsbedarf) anbieten können;

- die Honorarverteilung wird – weitgehend - in die Verantwortung der KVen zurückgegeben. Entsprechend der Grundsystematik des Kollektivvertragssystems ist die Honorarverteilung künftig wieder Satzungsangelegenheit der KVen, die im Benehmen mit den Verbänden der Krankenkassen auf Landesebene zu beschließen ist. Die Vorstellung, Honorarverteilung über Honorarverteilungsverträge zwischen KVen und Kassen vereinbaren zu lassen, wird – da wenig praxistauglich – aufgegeben. Zudem hat die Zuordnung des Sicherstellungsauftrages zu den KVen und die Zahlung der Gesamtvergütung mit befreiender Wirkung an die KVen systematisch die Konsequenz, dass die Verteilung der mit befreiender Wirkung gezahlten Gesamtvergütung Selbstverwaltungsangelegenheit der KVen ist in Gestaltung des den KVen übertragenen Sicherstellungs- und Gewährleistungsauftrages;
- dementsprechend werden die bisherigen weitgehenden zentralen Vorgaben des BWA für die Mengensteuerung aufgegeben. Insbesondere die arztgruppenspezifischen, morbiditätsorientierten Regelleistungsvolumina haben nicht zu dem Ergebnis einer gerechteren Honorarverteilung geführt, die mit der Reform des GKV-WSG beabsichtigt wurde. Im Gegenteil, trotz auf globaler Ebene erheblich gesteigertem Mehraufwand, kam es auf Arztgruppenebene bei den Regelleistungsvolumina zu nicht akzeptablen bzw. zumindest völlig intransparenten Verteilungsergebnissen. Die Aufgabe der Mengensteuerung als Element der Honorarverteilung wird daher wieder weitgehend in die regionale Verantwortung der Vertragsärzteschaft zurückübertragen, allerdings im Rahmen notwendiger bundeseinheitlicher Vorgaben wie z.B. Trennung der Gesamtvergütung zwischen hausärztlicher sowie fachärztlicher Vergütung sowie der angemessenen Vergütung vertragspsychotherapeutischer Leistungen je Zeiteinheit;
- besonders hervorzuheben ist eine Regelung, nach der Praxisnetze im Rahmen der Honorarverteilung einer KV besonders berücksichtigt werden können. Der HVM einer KV kann künftig gesonderte Vergütungsregelungen für vernetzte Praxen auch als ein eigenes Honorarbudget eines Praxisnetzes vorsehen. Damit wird ermöglicht, dass einem Praxisnetz ein bestimmtes Budget für die vertragsärztliche Versorgung einer bestimmten Zahl von Versicherten in einer Region zugewiesen wird, das von dem Netz nach eigenen Regeln an die teilnehmenden Netzärzte verteilt wird. Voraussetzung hierfür ist, da dies nicht nur einen - losen - Zusammenschluss von Vertragsärzten sondern eine gewisse Tragfähigkeit des Zusammenschlusses