WIdO Wissenschaftliches Institut der AOK

Das Versorgungsstrukturgesetz – eine verpasste Chance für zukunftsorientierte Versorgungs- und Steuerungsstrukturen

Gesundheitspolitisches Kolloquium
Zentrum für Sozialpolitik der Universität Bremen

Bremen, 08. Februar 2012

Prof. Dr. Klaus Jacobs

© WIdO 2012

Agenda

- Das Versorgungsstrukturgesetz (GKV-VStG) – ein „Bauchladen" mit einer Fülle von Einzelmaßnahmen
- Ausgewählte VStG-Maßnahmen exemplarisch im Blick
- Zwischenfazit: ordnungspolitisches Nirwana?
- Alternative Reformperspektiven

Das Versorgungsstrukturgesetz (GKV-VStG)

Bundesministerium für Gesundheit

Presse-mitteilung

Berlin, 1. Dezember 2011

Eine flächendeckende bedarfsgerechte medizinische Versorgung bleibt auch in Zukunft in ganz Deutschland gesichert

Heute hat der Deutsche Bundestag das Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-VStG) beschlossen. Das Gesetz steuert demographiebedingten Versorgungsengpässen rechtzeitig entgegen und verbessert gezielt die medizinische Versorgung. Flexibilisierung und Deregulierung eröffnen allen an der Gesundheitsversorgung Beteiligten größere Handlungsspielräume vor Ort. Die Länder erhalten mehr Mitwirkungs- und Gestaltungsoptionen. Gleichzeitig wird die vertragsärztliche Vergütung flexibilisiert und regionalisiert.

Das Versorgungsstrukturgesetz (GKV-VStG)

Bundesministerium für Gesundheit

Presse-mitteilung

Berlin, 1. Dezember 2011

Bundesgesundheitsminister **Daniel Bahr**: „Mit dem Versorgungsstrukturgesetz ebnen wir den Weg zu einer langfristigen qualitativ hochwertige medizinischen Versorgung. Wir sorgen dafür, dass Arztpraxen in Zukunft dort zu finden sein werden, wo die Menschen sie brauchen. Eine gute Versorgung und einen fairen Wettbewerb um die besten Leistungsangebote wünschen sich die Menschen auch für ihr Gesundheitssystem. Krankenkassen erhalten deshalb mehr Möglichkeiten, ihren Versicherten Zusatzleistungen anzubieten. Zum Beispiel bei der Unterstützung durch Haushaltshilfen oder sie können rezeptfreie apothekenpflichtige Medikamente als Satzungsleistung wieder erstatten."

Weiter: Pressemitteilung des BMG vom 01.12.2011 (1/6)

Ärztliche Versorgung und Versorgungsstrukturen

- **Anreize im Vergütungssystem**, indem Ärztinnen und Ärzte in unterversorgten Gebieten von Maßnahmen der Mengenbegrenzung ausgenommen werden. Möglichkeit, Preiszuschläge für besonders förderwürdige Leistungen sowie Leistungen von besonders förderungswürdigen Leistungserbringern, die in strukturschwachen Gebieten tätig sind (z.B. mit höherer Versorgungsqualität), zu vereinbaren.
- Sektorenübergreifende Organisation des **ärztlichen Notdienstes**. Sowie die Bereitstellung einer bundeseinheitliche **Bereitschaftsdienstnummer** (Notdienstnummer) für den ärztlichen Bereitschaftsdienst „116 117". Diese wird von der Kassenärztliche Bundesvereinigung in Deutschland eingerichtet und bereitgestellt.
- Die **Förderung mobiler Versorgungskonzepte**.
- Besseren **Vereinbarkeit von Familie und Beruf**. Die Möglichkeit für Vertragsärztinnen, sich im zeitlichen Zusammenhang mit einer Entbindung vertreten zu lassen, wird von sechs auf zwölf Monate verlängert. Die Möglichkeit für die Beschäftigung einer Entlastungsassistentin bzw. eines Entlastungsassistenten wird für die Erziehung von Kindern für bis zu 36 Monate sowie für die Pflege von Angehörigen für bis zu sechs Monate.

Weiter: Pressemitteilung des BMG vom 01.12.2011 (2/6)

- Vernetzungen und **Kooperationen auf Ärzteseite**, die bestimmten Qualitätskriterien entsprechen, können künftig durch gezielte finanzielle Fördermöglichkeiten unterstützt werden.
- Stärkung des Grundsatzes „**Beratung vor Regress**" bei Wirtschaftlichkeitsprüfungen im Arzneimittel- und Heilmittelbereich und Schaffung von Transparenz im Rahmen der Richtgrößen und bei der Anerkennung von Praxisbesonderheiten im Heilmittelbereich.
- **Ablösung der Richtgrößenprüfung** im Arzneimittelbereich in einer Modellregion befristet auf drei Jahre. Der Selbstverwaltung kann hierzu einen Medikationskatalog auf Wirktstoffbasis vereinbaren, um insbesondere die Verbesserung der Therapietreue der Patienten, der Arzneimittelsicherheit und der Wirtschaftlichkeit der Arzneimittelversorgung zu erproben.
- Modifizierung der **Zulassungsregelungen für medizinische Versorgungszentren** zur Stärkung der Freiberuflichkeit und zur Sicherung der Unabhängigkeit medizinischer Entscheidungen.
- Der Zulassungsausschuss kann bereits im Vorfeld eines in **überversorgten Planungsbereichen** vorgesehenen Nachbesetzungsverfahrens darüber entscheiden, ob ein Nachbesetzungsverfahren überhaupt erfolgen soll. Entscheidet er sich dagegen, erhält der ausscheidende Vertragsarzt von der KV eine Entschädigung in der Höhe des Verkehrswertes der Praxis.

Weiter: Pressemitteilung des BMG vom 01.12.2011 (3/6)

- **Stärkung der pädiatrischen Hochschulambulanzen**. Bei der Vergütung pädiatrischer Hochschulambulanzen sind Vergütungsvereinbarungen für vergleichbare Leistungen der sogenannten Kinder- und jugendmedizinischen Spezialambulanzen anderer Krankenhäuser zu berücksichtigen.

Leistungsverbesserungen und Transparenz

- Es wird gesetzlich verankert, dass der Sicherstellungsauftrag auch beinhaltet, Versicherten in einem angemessenen Zeitraum fachärztliche Versorgung zukommen zu lassen. Vermeidbare **Wartezeiten in der fachärztlichen Versorgung** sollen dadurch vermindert und die erlebte Versorgungsrealität der Patienten verbessert werden.
- Es wird schrittweise ein Sektoren verbindender neuer Bereich der **ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung** eingeführt, in dem bestimmte spezialfachärztliche Leistungen unter gleichen Qualitäts- und Vergütungsbedingungen sowohl von Krankenhausärzten als auch von niedergelassenen Vertragsärzten erbracht werden können. Eine bestmögliche Versorgung der Versicherten steht dabei im Mittelpunkt und nicht mehr die Frage, wer die Leistung erbringt.
- Krankenkassen sollen künftig **Satzungsregelungen zur Haushaltshilfe** über den Pflichtleistungsanspruch hinaus für den Fall vorsehen, dass Versicherten wegen einer ambulanten Krankenbehandlung die Weiterführung des Haushalts nicht möglich ist, etwa die Gewährung von Haushaltshilfe auch an Alleinstehende.

Weiter: Pressemitteilung des BMG vom 01.12.2011 (4/6)

- Die **Angebotsmöglichkeiten der Krankenkassen für Satzungsleistungen** werden deutlich ausgeweitet. Dies gilt für Vorsorge- und Reha-Maßnahmen, künstliche Befruchtung, zahnärztliche Behandlung (ohne Zahnersatz), nicht verschreibungspflichtige apothekenpflichtige Arzneimittel, Heil- und Hilfsmittel, häusliche Krankenpflege und Haushaltshilfe sowie Leistungen von nicht zugelassenen Leistungserbringern.
- Verbesserung des **Entlassmanagements nach Krankenhausaufenthalt**. Ziel des Entlassmanagements ist es, die Kontinuität der Versorgung zu gewährleisten, die Kommunikation zwischen den beteiligten ambulanten oder stationären Versorgungsbereichen zu verbessern, die Entlastung von Patienten und ihren Angehörigen zu ermöglichen sowie zu einer möglichen Vermeidung des „Drehtüreffektes" beizutragen.
- Die **zahnärztliche Versorgung von Pflegebedürftigen oder Menschen mit Behinderungen**, die einen Zahnarztpraxis nicht oder nur mit hohem Aufwand aufsuchen können, wird durch die Einführung einer zusätzlichen Vergütung für die erforderliche aufsuchende Betreuung durch Zahnärzte verbessert.
- Schnellerer Zugang zu **Innovationen**. Der Gemeinsame Bundesausschuss erhält ein neues Instrument zur Erprobung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, deren Nutzen noch nicht mit hinreichender Evidenz belegt ist. Er kann innovative Untersuchungs- und Behandlungsmethoden mit Potential künftig zeitlich begrenzt unter strukturierten Bedingungen bei gleichzeitigem Erkennt-nisgewinn unter Aussetzung des Bewertungsverfahrens erproben.

Weiter: Pressemitteilung des BMG vom 01.12.2011 (5/6)

- Klarstellung im Leistungsrecht, dass **Versicherte mit einer lebensbedrohlichen Erkrankung**, für die eine allgemein anerkannte, dem medizinischen Standard entsprechende Leistung nicht zur Verfügung steht, eine noch nicht allgemein anerkannte Leistung beanspruchen können, wenn Aussicht auf Heilung oder eine spürbare positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf besteht (Klarstellung des Geltungsumfangs des Beschlusses des Bundesverfassungsgerichts vom 6. Dezember 2005 –BvR 347/98 -).
- **Stärkung der ambulanten Rehabilitation**. Ambulante Rehabilitationseinrichtungen werden den stationären gleichgestellt, indem einheitliche Versorgungsverträge geschlossen werden. Zudem wird auch für die ambulante Rehabilitation ein Schiedsverfahren zu den Vergütungsverträgen vorgesehen.
- Genehmigung notwendiger **Heilmittelbehandlungen** bei langfristigem Behandlungsbedarf. Versicherten, die langfristig Heilmittelbehandlungen benötigen (z. B. Menschen mit schweren Behinderungen oder chronisch Kranke), wird die Möglichkeit eingeräumt, sich die erforderlichen Heilmittel für einen geeigneten Zeitraum von ihrer Krankenkasse genehmigen zu lassen. Dies gewährleistet Behandlungskontinuität der Versicherten und entlastet die verordnenden Vertragsärztinnen und –ärzte.

Weiter: Pressemitteilung des BMG vom 01.12.2011 (6/6)

- Das Verfahren der **Versicherteninformation** wird neu geregelt mit dem Ziel, den Versicherten einen unkomplizierten Zugang zu Informationen **über die** von ihnen **in Anspruch genommenen Leistungen** und deren Kosten zu ermöglichen.
- Regelungen, die den Versicherten im Falle von **Krankenkassenschließungen** den Kassenwechsel erleichtern und dabei die unterbrechungsfreie Krankenversicherung sicherstellen. Die Krankenkassen werden dazu verpflichtet, ihre Mitglieder bei einer drohenden Insolvenz acht Wochen vorher schriftlich über die Schließung zu informieren. In dem Schreiben enthalten ist eine Liste aller Krankenkassen, unter denen die Mitglieder wählen können. Mit diesem Formular können Mitglieder einfach den Kassenwechsel vollziehen, ohne selbst eine Geschäftsstelle aufzusuchen.
- Mehr Transparenz durch **Veröffentlichung der zentralen Ergebnisse der Jahresrechnung der Krankenkassen**; obligatorische Prüfung und Testierung der Jahresrechnung durch Wirtschafts- bzw. Buchprüfer.
- Neuausgestaltung der **Regelungen zur Datentransparenz** mit dem Ziel, die Datengrundlage für die Versorgungsforschung und die Weiterentwicklung des Systems der gesetzlichen Krankenversicherung zu verbessern.
- Die **Ausgabeprozess der elektronischen Gesundheitskarte** wird fortgesetzt. Ziel ist, dass bis Ende des Jahres 2012 mindestens 70 Prozent der Versicherten eine elektronische Gesundheitskarten haben.

Ausgewählte Maßnahmen im Blick (1/6)

- ***Anreize im Vergütungssystem**, indem Ärztinnen und Ärzte in unterversorgten Gebieten von Maßnahmen der Mengenbegrenzung ausgenommen werden. Möglichkeit, Preiszuschläge für besonders förderwürdige Leistungen sowie Leistungen von besonders förderungswürdigen Leistungserbringern, die in strukturschwachen Gebieten tätig sind (z.B. mit höherer Versorgungsqualität), zu vereinbaren.*

- Wenn Ausnahmen von Mengenbegrenzungen in unterversorgten Gebieten ohne massive Qualitätseinbußen möglich sind (anders formuliert: wenn eine höhere Behandlungsproduktivität möglich ist), warum nur dort nach bürokratischen Regelungen und nicht überall?
- Vereinbarung von Preiszuschlägen „gemeinsam und einheitlich"
- Keine analoge pretiale Steuerung zum Abbau von Überversorgung im Kollektivsystem zur relativen Minderung der Attraktivität fortgesetzter Niederlassungen in überversorgten Gebieten.

Ausgewählte Maßnahmen im Blick (2/6)

- *Vernetzungen und **Kooperationen auf Ärzteseite**, die bestimmten Qualitätskriterien entsprechen, können künftig durch gezielte finanzielle Fördermöglichkeiten unterstützt werden.*

- Fördermöglichkeiten von Praxisnetzen im Rahmen der Honorarverteilung der Kassenärztlichen Vereinigungen (nur noch „im Benehmen" – statt wie früher „im Einvernehmen") mit den Krankenkassenverbänden „gemeinsam und einheitlich".
- Kriterien für die Förderungswürdigkeit werden einvernehmlich zwischen Kassenärztlicher Bundesvereinigung und Spitzenverband der Krankenkassen vereinbart.
- Keine aktive Rolle von Krankenkassen und Versicherten/Patienten.
- Möglichkeit der Budgetverantwortung nur für ambulante ärztliche Versorgung – Effizenz- und Qualitätspotententiale aber vor allem in der Interaktion mit anderen Sektoren (z.B. Vermeidung von KH-Aufenthalten, wirksames KH-Entlassungsmanagement, rationale Arzneimitteltherapie...)

Ausgewählte Maßnahmen im Blick (3/6)

- *Modifizierung der **Zulassungsregelungen für medizinische Versorgungszentren** zur Stärkung der Freiberuflichkeit und zur Sicherung der Unabhängigkeit medizinischer Entscheidungen.*

- Ideologisch motivierte Alibi-Maßnahme gegen mehr Angebotspluralität (Wettbewerb)

10. Welche Erkenntnisse hat die Bundesregierung, wie sich die Arbeitsweise und der Behandlungserfolg von freiberuflich tätigen Ärztinnen und Ärzten im Vergleich zu fest an MVZ angestellten Ärztinnen und Ärzten unterscheiden?

Hierzu liegen der Bundesregierung keine Erkenntnisse vor.

11. Liegen der Bundesregierung Erkenntnisse vor, dass die Qualität der Versorgung in einem MVZ, das mehrheitlich in der Eigentümerschaft von Ärztinnen und Ärzten betrieben wird, besser ist als in einem MVZ eines Krankenhausträgers, und falls ja, welche?

Hierzu liegen der Bundesregierung keine Erkenntnisse vor.

(aus: BT-Drs. 17/3131 v. 1.10.2010)

Ausgewählte Maßnahmen im Blick (4/6)

- *Es wird schrittweise ein Sektoren verbindender neuer Bereich der **ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung** eingeführt, in dem bestimmte spezialfachärztliche Leistungen unter gleichen Qualitäts- und Vergütungsbedingungen sowohl von Krankenhausärzten als auch von niedergelassenen Vertragsärzten erbracht werden können. Eine bestmögliche Versorgung der Versicherten steht dabei im Mittelpunkt und nicht mehr die Frage, wer die Leistung erbringt.*

- Das neue Prinzip: „Wer kann, der darf" – Krankenkassen reduziert auf die Rolle als reine Payer auf der Grundlage einer bundesweiten Einheitsvergütung

Ärzte Zeitung, 06.02.2012 18:45

"Neuer Sektor ist Vertrauensbeweis für Ärzte"

Keine Mengenbegrenzung, kein Budgetdeckel, keine Abstaffelung und keine Bedarfsplanung: Mit der Ambulanten Spezialfachärztlichen Versorgung bringen Politiker den Ärzten viel Vertrauen entgegen.

Ausgewählte Maßnahmen im Blick (5/6)

- *Die **Angebotsmöglichkeiten der Krankenkassen für Satzungsleistungen** werden deutlich ausgeweitet. Dies gilt für Vorsorge- und Reha-Maßnahmen, künstliche Befruchtung, zahnärztliche Behandlung (ohne Zahnersatz), nicht verschreibungspflichtige apothekenpflichtige Arzneimittel, Heil- und Hilfsmittel, häusliche Krankenpflege und Haushaltshilfe sowie Leistungen von nicht zugelassenen Leistungserbringern.*

- Gefahr der Verlagerung von Leistungen aus dem solidarisch finanzierten Leistungskatalog der gesamten GKV
- Gefahr der Aushebelung der Entscheidungen des G-BA
- Alibi-Maßnahme zur Kaschierung fehlender Handlungsoptionen der Krankenkassen im Bereich der (wettbewerblichen) vertragsbasierten Versorgungssteuerung („Nippes-Wettbewerb")

Ausgewählte Maßnahmen im Blick (6/6)

- *Mehr Mitwirkungs und Gestaltungsoptionen der Länder*

- Unklares Rollenverständnis
  (z.B. wirken die Länder künftig in den Landesausschüssen nach § 90 SGB V beratend mit, über die sie weiterhin die Aufsicht führen, und können zudem künftig Entscheidungen beanstanden);
- neues Gremien („Gemeinsames Landesgremium" nach § 90a SGB V) unter Beteiligung der Länder mit „Empfehlungsoption" in Bezug auf sektorübergreifende Versorgungsfragen
- Frage: ausreichende personelle Ressourcen mit fachlicher Kompetenz vorhanden?
- Sorge: Interesse an „großzügiger" Bedarfsplanung, da keine eigene Finanzierungsbeteiligung

Im Wortlaut nach dem VStG

b) Absatz 4 Satz 2 wird durch die folgenden Sätze ersetzt:

„In den Landesausschüssen wirken die für die Sozialversicherung zuständigen obersten Landesbehörden beratend mit. Das Mitberatungsrecht umfasst auch das Recht zur Anwesenheit bei der Beschlussfassung."

c) Die folgenden Absätze 5 und 6 werden angefügt:

„(5) Die Aufsicht über die Landesausschüsse führen die für die Sozialversicherung zuständigen obersten Verwaltungsbehörden der Länder. § 87 Absatz 1 Satz 2 und die §§ 88 und 89 des Vierten Buches gelten entsprechend.

(6) Die von den Landesausschüssen getroffenen Entscheidungen nach § 99 Absatz 2, § 100 Absatz 1 Satz 1 und Absatz 3 sowie § 103 Absatz 1 Satz 1 sind den für die Sozialversicherung zuständigen obersten Landesbehörden vorzulegen. Diese können die Entscheidungen innerhalb von zwei Monaten beanstanden. § 94 Absatz 1 Satz 3 bis 5 gilt entsprechend."

Nach § 90 wird folgender § 90a eingefügt:

„§ 90a

Gemeinsames Landesgremium

(1) Nach Maßgabe der landesrechtlichen Bestimmungen kann für den Bereich des Landes ein gemeinsames Gremium aus Vertretern des Landes, der Kassenärztlichen Vereinigung, der Landesverbände der Krankenkassen sowie der Ersatzkassen und der Landeskrankenhausgesellschaft sowie weiteren Beteiligten gebildet werden. Das gemeinsame Landesgremium kann Empfehlungen zu sektorenübergreifenden Versorgungsfragen abgeben.

(2) Soweit das Landesrecht es vorsieht, ist dem gemeinsamen Landesgremium Gelegenheit zu geben, zu der Aufstellung und der Anpassung der Bedarfspläne nach § 99 Absatz 1 und zu den von den Landesausschüssen zu treffenden Entscheidungen nach § 99 Absatz 2, § 100 Absatz 1 Satz 1 und Absatz 3 sowie § 103 Absatz 1 Satz 1 Stellung zu nehmen."

Zwischenfazit: ordnungspolitisches Nirwana? (1/3)

- Fraglich, ob das Ziel der Vermeidung von Versorgungslücken in ländlich strukturierten Gebieten erreicht wird.

DAS KONZEPT DER KBV

Die Erwartungen an eine neue Versorgungsplanung sind groß. Vor allem in ländlichen Regionen, wo heute schon Mediziner fehlen, erhoffen sich die Menschen eine deutliche Besserung. Allein eine veränderte Planung wird keine zusätzlichen Ärzte bringen, wohl aber eine stärker am Bedarf orientierte Verteilung. Die KBV hat das Problem frühzeitig erkannt und bereits konkrete Vorschläge unterbreitet, wie die neue Bedarfsplanung aussehen sollte, um die Versorgungssituation für Patienten und Ärzte zu verbessern. Die Vorschläge werden derzeit nicht nur im G-BA diskutiert und weiterentwickelt, sondern auch mit den Kassenärztlichen Vereinigungen und Berufsverbänden.

Das KBV-Konzept umfasst vier Kernelemente der Bedarfsplanung, die zusammen zu einer besseren Steuerung der Versorgung führen sollen:

1 NEUEINTEILUNG DER PLANUNGSGRUPPEN

2 NEUGLIEDERUNG DER PLANUNGSBEREICHE

3 NEUFESTLEGUNG DER VERHÄLTNISZAHLEN

4 NEUREGELUNG DES SONDERBEDARFS

Zwischenfazit: ordnungspolitisches Nirwana? (2/3)

- Überwiegend Veränderungen der vertragsärztlichen Bedarfs-*planung* statt Maßnahmen zur verbesserten Sicherstellung (= Umsetzung der Bedarfsplanung in die Versorgungsrealität)
- unter weitgehender Ausblendung bestehenden Überversorgung
- bei einer unverändert ausschließlich arztzentrierten Sicht unter der Annahme einer alternativlosen „limitationalen Produktionsfunktion"
- „optimierte Planwirtschaft": viel Bürokratieaufwand, aber vermutlich nur wenig Ertrag bei hohen Ausgabenrisiken.

Zwischenfazit: ordnungspolitisches Nirwana? (3/3)

- Parallel dazu Etablierung eines neuen Versorgungsbereichs der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung ohne wirksame Steuerungsstrukturen – sei es vertragsbasiert (wie von 01/2004 bis 03/2007) oder auf Zulassungsbasis (wie von 04/2007 bis 12/2011), sondern auf „Vertrauensbasis"
- Parallel dazu keinerlei Veränderungen in der stationären Versorgung – vertragswettbewerblich weiterhin eine absolute „frozen zone" (Ausnahme: im Rahmen von Verträgen der Integrationsversorgung nach §§ 140a ff. SGB V)
- Zur „Abrundung": Erweiterung wettbewerblicher Handlungsspielräume der Krankenkassen ausschließlich bei weithin überflüssigen und teilweise sogar problematischen Leistungen als wettbewerbliches Alibi

Agenda

- Das Versorgungsstrukturgesetz (GKV-VStG) – ein „Bauchladen" mit einer Fülle von Einzelmaßnahmen
- Ausgewählte VStG-Maßnahmen exemplarisch im Blick
- Zwischenfazit: ordnungspolitisches Nirwana?
- **Alternative Reformperspektiven**

Brüning'sche Notverordnung vom 8.12.1931

Reichsgesetzblatt 699
Teil I
1931 | Ausgegeben zu Berlin, den 9. Dezember 1931 | Nr. 79

Inhalt: Vierte Verordnung des Reichspräsidenten zur Sicherung von Wirtschaft und Finanzen und zum Schutze des inneren Friedens. Vom 8. Dezember 1931 ... S. 699

Vierte Verordnung des Reichspräsidenten zur Sicherung von Wirtschaft und Finanzen und zum Schutze des inneren Friedens. Vom 8. Dezember 1931.

Erster Teil: Preis- und Zinssenkung Seite
Kapitel I: Anpassung gebundener Preise an die veränderte Wirtschaftslage ... 700
Kapitel II: Schutz gegen Mieterhöhung ... 702
Kapitel III: Zinssenkung ... 702
Kapitel IV: Aufhebung der Steuerbegünstigungsansprüche. Senkung der Steuerzinsen ... 704
Zweiter Teil: Wohnungswirtschaft
Kapitel I: Geldentwertungsausgleich bei bebauten Grundstücken ... 706
Kapitel II: Mietsenkung ... 707
Kapitel III: Außerordentliche Kündigung von Mietverträgen ... 708
Kapitel IV: Abbau und Beendigung der Wohnungszwangswirtschaft ... 708
Kapitel V: Beamtenheimstätten ... 709
Dritter Teil: Maßnahmen auf dem Gebiete der Zwangsvollstreckung ... 710
Vierter Teil: Sonstige wirtschaftliche Maßnahmen
Kapitel I: Steuerliche Erleichterungen für die Aufteilung von Gesellschaften ... 714
Kapitel II: Einheitsbewertung ... 715
Kapitel III: Mietzinssteuer ... 715
Kapitel IV: Fonds für gewerbliche Genossenschaften ... 715
Kapitel V: Handels-, gewerbe- und börsenrechtliche Vorschriften ... 715
Kapitel VI: Niederlegung von Wertpapieren ... 716
Kapitel VII: Änderung der Vorschriften über Haushalts- und Schuldenwesen im Dritten Teil der Dritten Verordnung des Reichspräsidenten vom 6. Oktober 1931 ... 716
Kapitel VIII: Spar- und Girokassen, Kommunale Kreditinstitute und Genossenschaften sowie Girozentralen ... 716
Fünfter Teil: Sozialversicherung und Fürsorge
Kapitel I: Krankenversicherung ... 718
Kapitel II: Unfallversicherung ... 719
Kapitel III: Knappschaftliche Versicherung ... 722
Kapitel IV: Gemeinsame Vorschriften ... 722
Kapitel V: Fürsorge ... 724
Kapitel VI: Schlußvorschriften ... 725
Sechster Teil: Arbeitsrechtliche Vorschriften
Kapitel I: Löhne und Gehälter der Arbeiter und Angestellten ... 726
Kapitel II: Soziale Wahlen ... 727
Siebenter Teil: Sicherung der Haushalte
Kapitel I: Umsatzsteuer ... 728
Kapitel II: Vorauszahlung der Einkommensteuer und Körperschaftssteuer ... 731
Kapitel III: Reichsfluchtsteuer und sonstige Maßnahmen gegen Kapital- und Steuerflucht ... 731
Kapitel IV: Börsenumsatzsteuer bei Kompensationsgeschäften ... 737
Kapitel V: Realsteuern der Gemeinden ... 738
Kapitel VI: Gehaltskürzung ... 738
Achter Teil: Schutz des inneren Friedens
Kapitel I: Maßnahmen gegen Waffenmißbrauch ... 742
Kapitel II: Unfriedenstat ... 743
Kapitel III: Verletzung des Ehrenschutzes ... 743
Kapitel IV: Sicherung des Weihnachtsfriedens ... 743
Neunter Teil: Schlußbestimmung ... 745

§ 7

(1) Die Zulassung zur kassenärztlichen Tätigkeit erfolgt für örtliche Bezirke (Zulassungsbezirke).

(2) Für die kassenärztliche Versorgung der Versicherten und ihrer Angehörigen werden so viel Ärzte zugelassen, daß auf je 600 Versicherte im Zulassungsbezirk ein Arzt trifft. Diese Verhältniszahl darf zugunsten der Ärzte, die am 1. Oktober 1931 im Arztregister eingetragen und drei Jahre als approbierte Ärzte dauernd tätig waren, und nach näherer Bestimmung des Reichsausschusses für Ärzte und Krankenkassen auch zugunsten anderer Gruppen von Ärzten vorübergehend geändert werden. Sind in einem Zulassungsbezirke mehr Ärzte zugelassen, als der Verhältniszahl im Satz 1 entspricht, so darf bis zur Erreichung dieser Zahl nur jede dritte freiwerdende Stelle besetzt werden.

Wettbewerbsrhetorik von Schwarz-Gelb

Finanzierung des Krankenversicherungsschutzes

- Wettbewerb der Krankenversicherungen wirkt als ordnendes Prinzip mit den Zielen der Vielfalt, der Effizienz und der Qualität der Versorgung.
- Wir wollen, dass die Krankenversicherungen genügend Spielraum erhalten, um im Wettbewerb gute Verträge gestalten zu können und regionalen Besonderheiten gerecht zu werden.

Quelle: CDU/CSU/FDP: Koalitionsvertrag von Oktober 2009

Wettbewerbsrhetorik von Schwarz-Gelb

Vielfalt und Wettbewerb in der Versorgung

- Wettbewerb um Leistungen, Preise und Qualität ermöglicht eine an den Bedürfnissen er Versicherten ausgerichtete Krankenversicherung sowie eine gute medizinische Versorgung. Auf der Versicherungs-, Nachfrage- und Angebotsseite werden die Voraussetzungen für einen funktionsfähigen Wettbewerb um innovative und effiziente Lösungen geschaffen, der den Versicherten und Patienten zugute kommt (...).

Quelle: CDU/CSU/FDP: Koalitionsvertrag von Oktober 2009

CDU/CSU-FRAKTION IM DEUTSCHEN BUNDESTAG
Arbeitsgruppe Gesundheit

Beschlossen am 22. Februar 2011

Das Angebot vom Bedarf des Patienten her gestalten –
14 Vorschläge für eine Reform der medizinischen Versorgung in Deutschland

XIV. Das Verhältnis von Kollektiv- und Selektivvertrag

Es ist notwendig, bei den anstehenden Vorhaben grundsätzlich das Verhältnis von Kollektiv- und Selektivvertrag in der medizinischen Versorgung in Deutschland zu bestimmen. Derzeit gibt 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.

(…)

(…) muss in absehbarer Zeit abschließend geklärt werden,

- ob und inwieweit Selektivverträge den Kollektivvertrag tatsächlich ersetzen oder „nur“ ergänzen (Add-on) sollen.

(…)

Voraussetzungen für versorgungsorientierten Wettbewerb

- Unterschiedliche Probleme/Aufgaben nach Versorgungsinhalt und insbesondere nach Region erfordern unterschiedliche Lösungsansätze
- Überwiegend (in Bezug auf Versorgungsinhalte, Regionen und Bevölkerung): hochversorgte Regionen mit ausgebauten Angebotsstrukturen
- Dünnbesiedelte Räume mit schon vorhandenen/drohenden Versorgungsenpässen markieren eher Ausnahmen, deren Sonderprobleme dezentral flexible Antworten erfordern
- Flächendeckende zentrale Planwirtschaft und gesetzliche Verpflichtungen zu kollektivem Handeln, starre Sektorengrenzen sowie Einheitspreissysteme verbauen die Erschließung von Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitspotentialen im Großteil der Regionen

Voraussetzungen für versorgungsorientierten Wettbewerb

- Zentrales Fundament der Versorgungssteuerung sind die Vertragsbeziehungen zwischen Anbietern von Versorgungsleistungen und Krankenkassen, die mehr sind als „reine Payer" (siehe auch aktuelle GOÄ-Debatte zur „Öffnungsklausel")
- Wettbewerbliche Vertragsbeziehungen mit sektorübergreifender (integrierter) Versorgungs- und Vergütungsperspektive bergen große Potentiale für mehr Qualität, Wirtschaftlichkeit und Präferenzorientierung (siehe auch aktuelle Erfahrungen aus der Schweiz mit vertragswettbewerblichen Managed-Care-Modellen mit mittlerweile rund 30 Prozent eingeschriebenen Versicherten und Einsparungen in Größenordnungen von 10, 20 und noch deutlich mehr Prozent der Ausgaben)

Voraussetzungen für versorgungsorientierten Wettbewerb

- Stimmige Anreize bei Krankenkassen und Leistungsanbietern
  - bei Kassen: Morbi-RSA und Ende der Zusatzbeitrags-Phobie
  - bei allen: keine allzu bequeme „kollektive Hängematte"
- Möglichkeit der Substitution von Kollektivverträgen durch freiwillige Selektivverträge (keine reinen „Add-on-Verträge")
  - Vermeidung von Doppelfinanzierungen durch klare Vorschriften zur Bereinigung von Kollektivvergütungen um selektivvertraglich vereinbarte Leistungen ohne Verzögerungs- oder Blockade-Möglichkeit durch Kollektivvertragsparteien
- Verbesserung der Transparenz für Versicherte/Patienten in Bezug die auf kollektiv- wie selektivvertraglich vereinbarte Versorgungsregularien (Qualitätsindikatoren)

Vielleicht besteht ja doch noch Hoffnung?

Bahr entdeckt Selektivverträge

Ärzte Zeitung, 2.2.2011

Als großer Förderer von Haus- und Facharztverträgen hat sich Gesundheitsminister Bahr bislang kaum hervorgetan. Jetzt war er auf Lernbesuch in Stuttgart. Seine Erkenntnis: Selektivverträge können als Muntermacher dienen.

STUTTGART (fuh).
Bundesgesundheitsminister Daniel Bahr setzt bei der hausärztlichen Versorgung in Deutschland auf Vielfalt und will dabei auch in Zukunft Selektivverträge mit einbeziehen.

Oberster Maßstab müsse immer eine bessere Versorgung für Patienten sein, sagte Bahr am Mittwoch bei einem Zusammentreffen mit Vertretern der AOK und Ärzteverbänden in Stuttgart.

Dabei könnten Selektivverträge dem Kollektivvertrag den nötigen Ruck geben "und in seiner Trägheit anschieben." Eine hausarztzentrierte Versorgung könne, müsse aber nicht für alle Patienten eine Option sein.

Entscheidend seien immer zwei Kriterien: Die freie Arzt- und freie Kassenwahl. Bahr war nach Stuttgart gekommen, um sich über den Stand der Hausarzt- und Facharztverträge in Baden-Württemberg zu informieren.

Hausarztverträge in der praktischen Versorgung: Bei Allgemeinarzt Michael Körting (sitzend) und seiner Patientin informiert sich Bundesgesundheitsminister Daniel Bahr über Selektivverträge.

© Regenscheit

WIdO Wissenschaftliches Institut der AOK

Vielen Dank für Ihr Interesse.

Prof. Dr. Klaus Jacobs

030 / 34646-2393

klaus.jacobs@wido.bv.aok.de

Besuchen Sie uns im Internet:

www.wido.de

© WIdO 2012