



BAYERISCHE  
LANDESÄRZTEKAMMER

# Sektorübergreifende Versorgung aus Sicht der Bayerischen Landesärztekammer

*Ein Jahr nach der Bundestagswahl*

**Dr. Wolfgang Rechl**

Vizepräsident der Bayerischen Landesärztekammer

14./15. November 2014

**9. Uroonkologisches Symposium**  
Ingolstadt – Weiden – Landshut – Augsburg

## Seit Jahren bestehende Forderungen nach...

- ... Verbesserung der **sektorenspezifischen** Ausgestaltung von **Versorgungsbereichen**
- ... einer **Überwindung** der **Schnittstellenproblematiken**
- ... mehr Integration und **effektiver Kooperation**
- ... einer besseren **interdisziplinären Vernetzung**

# FORDERUNGEN IM KOALITIONSVERTRAG

# Forderungen zur ambulanten Versorgung (aus dem Koalitionsvertrag)

- **Qualität** medizinischer Versorgung steht im Zentrum
- **Anreize zur Niederlassung** in unterversorgten Gebieten verbessern
- **Zulassung von Krankenhäusern** zur ambulanten Versorgung
- Dazu wird bei der Ermächtigung in § 116 a SGB V das Wort „kann“ durch „muss“ ersetzt
- **Förderung von Praxisnetzen** muss **verbindlich** werden und ausgebaut werden
- Gesetzliche Vorgaben zum **Abbau der Überversorgung** durch den Aufkauf von Arztsitzen werden von einer „Kann“ in eine „Soll“-Regelung geführt – *vom BÄT 2014 abgelehnt!*

# Forderungen zur Terminvergabe (aus dem Koalitionsvertrag)

- **Reduzierung der Wartezeiten** auf einen Arzttermin (vor allem in der psychotherapeutischen Versorgung)
- Überweisung an einen Facharzt erfolgt über eine **Terminservicestelle**
- Für den Termin soll im Regelfall eine **Wartezeit von vier Wochen** nicht überschritten werden. → Gelingt dies nicht, wird von der Terminservicestelle ein Termin – außer in medizinisch nicht begründeten Fällen – zur ambulanten Behandlung in einem Krankenhaus angeboten.

# Forderungen zur hausärztliche Versorgung (aus dem Koalitionsvertrag)

- Förderung der **Rolle des Hausarztes** und der hausärztlichen Versorgung
- Die von Fachärztinnen und Fachärzten erbrachten hausärztlichen Leistungen sollen zukünftig **nicht** den hausärztlichen **Teil der Gesamtvergütung mindern**
- Dies gilt umgekehrt für von Hausärztinnen und Hausärzten erbrachte fachärztliche Leistungen

# Forderungen zu MVZs, Wirtschaftlichkeit und Regressen (aus dem Koalitionsvertrag)

- Zulassung von arztgruppengleichen **Medizinischen Versorgungszentren (MVZ)**
- **Kommunen** können künftig **MVZs gründen**; davon unberührt gilt der Vorrang des ärztlichen Bewerbers (§ 103 Abs. 4c SGB V)
- Die heutigen **Wirtschaftlichkeitsprüfungen** bis Ende 2014 sollen durch regionale Vereinbarungen von Krankenkassen und Kassenärztlicher Selbstverwaltung ersetzt werden
- Unberechtigte **Regressforderungen** bei Retaxationen gegenüber Heilmittelerbringern sollen unterbunden werden

# Forderungen zur Versorgung und Qualität (aus dem Koalitionsvertrag)

- Einrichtung eines **Innovationsfonds** zur **Förderung innovativer sektorübergreifender Versorgungsformen** und der Versorgungsforschung
- Ausbau der **sektorübergreifenden Qualitätssicherung** mit Routinedaten
- Geplant ist die Gründung eines **Instituts**, das dauerhaft und unabhängig die **Qualität der ambulanten und stationären Versorgung ermittelt** und dem Gemeinsamen Bundesausschuss Entscheidungsgrundlagen liefert.
- Die gesetzlichen Krankenkassen werden verpflichtet, dem Institut geeignete **pseudonymisierte Routinedaten** zur Verfügung zu stellen.



# ARBEITSENTWURF DES VERSORGUNGS- STÄRKUNGSGESETZES

# Arbeitsentwurf des Versorgungsstärkungsgesetzes vom 9.10.2014

- Die mit Versorgungsstrukturgesetz 2012 eingeleiteten **Maßnahmen für eine Stärkung der Versorgung insbesondere in strukturschwachen Regionen** sollen weiterentwickelt und mit neuen Instrumenten ergänzt werden.
- Maßnahmen zur **Flexibilisierung der Rahmenbedingungen** für die Tätigkeit in der vertragsärztlichen Versorgung

# Arbeitsentwurf des Versorgungsstärkungsgesetz vom 9.10.2014

- Die bestehende Regelung zur Bildung eines **Strukturfonds** durch Kassenärztliche Vereinigungen (KVen) soll erweitert werden
- KVen wird es künftig generell und nicht nur bei Unterversorgung möglich sein, zur **Finanzierung von Fördermaßnahmen** zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung einen Strukturfonds zu bilden

# Arbeitsentwurf des Versorgungsstärkungsgesetzes vom 9.10.2014

- Die bisherige „Kann“-Regelung, nach der die Zulassungsausschüsse den Antrag auf **Nachbesetzung eines Vertragsarztsitzes** in einem überversorgten Planungsbereich ablehnen können, wenn eine Nachbesetzung aus Versorgungsgründen nicht erforderlich ist, wird in eine „Soll“-Regelung überführt.
- Die Möglichkeiten zur **Ermächtigung von zugelassenen Krankenhäusern an der ambulanten ärztlichen Versorgung** werden erweitert.
- Die **Zulassungsausschüsse** werden verpflichtet, zugelassene Krankenhäuser zur Teilnahme an der ambulanten ärztlichen Versorgung zu ermächtigen, wenn der Landesausschuss einen entsprechenden Versorgungsbedarf festgestellt hat.

# Arbeitsentwurf des Versorgungsstärkungsgesetzes vom 9.10.2014

- Die Regelungen für die Zulassung und den Betrieb von **medizinischen Versorgungszentren (MVZ)** werden erweitert. Unter anderem können künftig auch arztgruppengleiche MVZ gegründet werden. Zudem soll es Kommunen ermöglicht werden, MVZ zu gründen.
- Die Regelungen zur **Förderung der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin** werden erweitert und rechtssicherer gemacht. Die Anzahl der zu fördernden Stellen wird erhöht.

# Arbeitsentwurf des Versorgungsstärkungsgesetzes vom 9.10.2014

- Bei bestimmten mengenanfälligen, planbaren Eingriffen wird Versicherten künftig regelhaft die Möglichkeit eingeräumt, eine **zweite Meinung** bei einem weiteren Facharzt oder Krankenhaus einzuholen.
- Der Gemeinsame Bundesausschuss erhält die Aufgabe, die Eingriffe zu bestimmen, bei denen der **Anspruch auf die Zweitmeinung** besteht.

# Arbeitsentwurf des Versorgungsstärkungsgesetzes vom 9.10.2014

- Zur Förderung eines **schnelleren und sektorenübergreifend** durchgehenden Zugangs zur medizinischen Versorgung insbesondere beim Zugang zum Facharzt sollen durch die Kassenärztlichen Vereinigungen **Terminservicestellen** eingerichtet werden.
- Die **Wartezeit** auf den von dieser Servicestelle zu vermittelnden Facharzttermin darf im Regelfall vier Wochen nicht überschreiten.
- Kann die Servicestelle keinen Termin vermitteln, so ist sie verpflichtet, dem Versicherten einen **ambulanten Behandlungstermin** in einem Krankenhaus anzubieten.

# Arbeitsentwurf des Versorgungsstärkungsgesetzes vom 9.10.2014

- Ausbau einer **leistungsgerechten Vergütung** und des Einsatzes von qualifizierten nicht-ärztlichen Gesundheitsberufen, die **delegierte ärztliche Leistungen** erbringen.
- Die im Bundesmantelvertrag festgelegten **delegationsfähigen ärztlichen Leistungen** sind im weiter zu entwickelnden einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) zu berücksichtigen und sollen angemessen bewertet werden.
- **Substitution** ist in Modellvorhaben möglich, wird jedoch bisher nicht erprobt. Um die Umsetzung von Modellvorhaben zu vereinfachen, werden berufsrechtliche Regelungen hierzu angepasst und das Verfahren zur Durchführung von Modellverfahren wird vereinfacht.



# Arbeitsentwurf des Versorgungsstärkungsgesetzes vom 9.10.2014

- Zur Überwindung der sektoralen Begrenzung der Versorgung und zur Entwicklung neuer Versorgungsformen, die über die bestehende Regelversorgung hinausgehen, wird ein **Innovationsfonds** mit einem Finanzvolumen von 300 Millionen Euro jährlich geschaffen.
- Aus dem Innovationsfonds werden innovative, sektorenübergreifende Versorgungsprojekte gefördert (Fördersumme 225 Millionen Euro jährlich).
- Weiterhin wird aus dem Innovationsfonds **Versorgungsforschung** mit 75 Millionen Euro jährlich gefördert, die darauf abzielt, konkrete Erkenntnisse über bestehende Versorgungsstrukturen zu gewinnen und die Versorgungseffektivität und -effizienz zu fördern.

# Arbeitsentwurf des Versorgungsstärkungsgesetzes vom 9.10.2014

- **Versorgungslücken** beim **Übergang vom stationären in den ambulanten Versorgungsbereich** werden überwunden, indem die Krankenkassen stärker als bisher in den Prozess des **Entlassmanagements** einbezogen und die Möglichkeiten der Krankenhäuser, im Anschluss an die Krankenhausbehandlung Leistungen zu verordnen, erweitert werden.

# Arbeitsentwurf des Versorgungsstärkungsgesetzes vom 9.10.2014

- Die Krankenkassen erhalten mehr **Freiräume**, um im Wettbewerb gute Verträge abzuschließen.
- Insbesondere werden die an unterschiedlichen Stellen geregelten Voraussetzungen für **selektive Vertragsabschlüsse** der Krankenkassen neu strukturiert und in einer Vorschrift zusammengefasst.
- Es wird klargestellt, dass auch Leistungen, die nicht zur Regelversorgung zählen, Gegenstand der **Selektivverträge** sein können. Dies erhöht die **Gestaltungsfreiheit** der Vertragspartner.

# Arbeitsentwurf des Versorgungsstärkungsgesetzes vom 9.10.2014

- Neuregelungen im **Arzneimittelbereich** sehen unter anderem vor, dass **Wirtschaftlichkeitsprüfungen** für verordnete Leistungen in ihrer jetzigen Form aufgehoben und durch regionale Vereinbarungen zwischen den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen sowie den Kassenärztlichen Vereinigungen ersetzt werden.
- Zudem sieht der Entwurf einen Ausschluss von **Regressforderungen der Krankenkassen gegenüber Hebammen** vor.

## Nachbesserungsbedarf bezüglich...

- ... der Weiterentwicklung des **Landesgremiums nach § 90a** mit Stimme der BLÄK
- ... verbindlicherer Vorgaben beim Einweisungsmanagement und Entlassmanagement

# AMBULANTE SPEZIALFACHÄRZTLICHE VERSORGUNG (ASV)

# Ambulante Spezialfachärztliche Versorgung (ASV)

## Grundsätzlich:

- Die ASV hat das Potenzial zu einer verbesserten interdisziplinären und patientenzentrierten Versorgung
- baut die ASV auf vernetzten Strukturen im ambulanten und stationären Bereich auf
- Stellt sie eine sektorenübergreifende Verzahnung der fachärztlichen Versorgung in Aussicht

## ABER:

- die Aufnahme mancher Erkrankungen und hochspezialisierter Leistungen ist nur teilweise nachvollziehbar
- Ein erheblicher Aufwand zur Regelung der neuen Versorgung zwischen beiden Sektoren ist zu erwarten

# Ambulante Spezialfachärztliche Versorgung (ASV)

- Eine mit der ASV **neu geschaffene Versorgungsform**, die erlöswirksam zur Regelversorgung abgegrenzt ist, ist systembedingt mit erheblichem **Regulierungs- und Dokumentationsaufwand** verbunden
- **Erforderlichkeit einer Ausdifferenzierung** bei „schweren“ Verlaufsformen und „besonderen“ Krankheitsverläufen
- Ärztinnen und Ärzte (niedergelassene und im Krankenhaus) müssen sich für eine Beteiligung an der ASV mit einem **hochkomplexen Regelungsgeflecht** vertraut machen



# Ambulante Spezialfachärztliche Versorgung (ASV)

- **Gegenstand der ASV sind derzeit** Tuberkulose und atypische Mykobakteriose (seit 24.04.2014 in Kraft) und gastrointestinale Tumore.
- Als nächstes ist die Aufnahme von gynäkologischen Tumoren geplant.
- In den **Eckpunkten** sind inhaltliche Grundsätze festgelegt, wie z. B. Vorgaben für die Gliederung der Anlagen und die Berücksichtigung der Inhalte der bestehenden Konkretisierungen aus der Richtlinie über die ambulante Behandlung im Krankenhaus nach § 116b (alt) SGB V.

# Ambulante Spezialfachärztliche Versorgung (ASV)

## Stellungnahme der BÄK vom 24.10.2014

### Zu Abschnitt 2, „Behandlung“

- Möglichkeit der Mitbehandlung von Begleiterkrankungen

### Zu Abschnitt 3.1., „Personelle Anforderungen“

- Zuordnung von Fachärzten mit der Zusatz-Weiterbildung Palliativmedizin

### Zu Abschnitt 3.2., „Sächliche und organisatorische Anforderungen“

- Forderung der Bereitstellung kostenlos erhältlichen, „industrieeunabhängigen“ Informationsmaterials

### Zu Abschnitt 3.4., „Mindestmengen“

- BÄK spricht sich gegen die Festlegung einer Mindestmenge aus

***Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!***