



Das Versorgungsstärkungsgesetz

Für eine bedarfsgerechte, flächendeckende und gut erreichbare medizinische Versorgung

Auch in Zukunft eine bedarfsgerechte, flächendeckende und gut erreichbare medizinische Versorgung der Versicherten auf hohem Niveau sicherzustellen ist das Ziel des Gesetzes zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (kurz: Versorgungsstärkungsgesetz). Es verbessert die ärztliche Versorgung insbesondere auf dem Land, stärkt die Rechte der Patienten und fördert Innovationen in der Gesundheitsforschung.

Gerade im ländlichen Raum sind verstärkte Anstrengungen für eine gute medizinische Versorgung nötig. Ärzte sollten dort tätig sein, wo sie gebraucht werden. „Deshalb wollen wir überall in Deutschland Anreize für die Niederlassung von Ärzten schaffen – bevor eine Unterversorgung entsteht.“ so Bundesgesundheitsminister Gröhe.

Das Gesetz sieht finanzielle Anreize für Landärzte ebenso vor wie die Verbesserung ihrer Arbeitsbedingungen. Gleichzeitig fördert ein Innovationsfonds Projekte, die neue Wege in der medizinischen Versorgung beschreiten. Das Gesetz stellt wichtige Weichen, um das Gesundheitswesen fit für die Zukunft zu machen.

1. Versorgung im ländlichen Raum

Anreize für eine Niederlassung von Ärzten werden in manchen unterversorgten Gebieten durch Strukturfonds bereits heute geschaffen, etwa in Form von Stipendien, die dazu verpflichten, später als niedergelassene Ärztin bzw. Arzt in einem bestimmten Gebiet tätig zu werden. Es gibt Hilfen bei der Niederlassung und Übernahme einer Praxis und auch Vergütungsanreize bei besonders nachgefragten Tätigkeiten, etwa bei Hausbesuchen in Räumen mit großen Entfernungen. „Solche Möglichkeiten wird es zukünftig überall in unserem Land geben“, so Gröhe.

Das Gesetz stärkt die medizinische Versorgung durch folgende Regelungen:

- Ärzte sollen dort tätig sein, wo sie für eine gute Versorgung gebraucht werden. Künftig wird eine Praxis in

einem überversorgten Gebiet nur nachbesetzt, wenn dies für die Versorgung der Patienten auch sinnvoll ist. Die Einzelfallentscheidung treffen Ärzte und Krankenkassen in den Zulassungsausschüssen vor Ort.

- Die Rolle des Hausarztes wird gestärkt. Daher wird die Weiterbildung stärker gefördert und die Zahl der zu fördernden Stellen von 5.000 auf 7.500 erhöht. Zudem soll die Weiterbildung der grundversorgenden Fachärzte mit bis zu 1000 zu fördernden Stellen gestärkt werden. Weiterzubildende in der ambulanten Versorgung sollen die gleiche Vergütung wie Assistenzärzte im Krankenhaus erhalten.
- Ärzte werden entlastet, indem sie bestimmte Leistungen an qualifiziertes nicht-ärztliches Personal abgeben, etwa an Praxisassistenten.
- Auch Krankenhäuser können ambulant versorgen, wenn der Bedarf von niedergelassenen Ärzten nicht abgedeckt ist.
- Ein Strukturfonds zur Sicherstellung der Versorgung in einer Region kann künftig schon eingerichtet werden, bevor eine akute Unterversorgung droht.
- Die Regelungen für die Zu- und Niederlassung von Ärztinnen und Ärzten sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten werden weiterentwickelt.
- Kranken- und Pflegekassen sollen künftig auf Regressforderungen gegenüber freiberuflichen Hebammen verzichten. So können die Versicherungsprämien langfristig stabilisiert werden. Das belebt den Versicherungsmarkt und sichert eine flächendeckende Versorgung mit Hebammenhilfe.
- Die ärztliche Vergütung orientiert sich an einem einheitlichen Bewertungsmaßstab. Unbegründete Nachteile in den Gesamtvergütungen soll es nicht mehr geben. Grundsätze und Versorgungsziele der Honorarverteilung sollen transparent gemacht werden. Und: Die Leistungen von Hochschulambulanzen werden angemessen vergütet.
- Weil vor allem die junge Ärzteschaft auf Formen gemeinschaftlicher Berufsausübung setzt, sieht das Gesetz

verbindliche Reformen zur Unterstützung von Praxisnetzwerken vor und stärkt die Möglichkeiten medizinischer Versorgungszentren (z.B. bestehend aus einer Hausarztgruppe).

2. Rechte der Patienten stärken

- Zu einer guten Versorgung gehört, dass Versicherte nicht wochenlang auf einen Facharzttermin warten müssen. Terminservicestellen der Kassenärztlichen Vereinigungen sollen Abhilfe schaffen: Sie vermitteln einen Facharzttermin in zumutbarer Entfernung oder, wenn das nicht möglich ist, für eine fachärztliche Untersuchung oder Behandlung im Krankenhaus. Dabei darf die Wartezeit im Regelfall vier Wochen nicht überschreiten, sonst hat der Versicherte Anspruch auf einen ambulanten Krankenhaustermin.
- Patienten müssen sich darauf verlassen können, dass sie nur operiert werden, wenn es medizinisch notwendig ist. Deshalb wird das Recht der Versicherten auf eine unabhängige ärztliche Zweitmeinung gestärkt, besonders bei bestimmten planbaren und besonders mengenanfälligen Eingriffen. Der behandelnde Arzt muss die Patienten dabei auf ihr Recht hinweisen. Zudem werden die Anforderungen an die Qualifikation des Arztes, der eine Zweitmeinung ausstellt, klar geregelt.
- Um die psychotherapeutische Versorgung zu verbessern, überarbeitet der Gemeinsame Bundesausschuss die Psychotherapie-Richtlinie.
- Verbessert werden soll auch die Abstimmung beim Übergang von der stationären in die ambulante Behandlung, sodass Versicherte lückenlos versorgt werden.
- Für Erwachsene mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen können Behandlungszentren eingerichtet werden, die auf die jeweiligen Bedürfnisse ausgerichtet sind.
- Für chronisch Kranke werden weitere strukturierte Behandlungsprogramme entwickelt. So wird nicht nur die medizinische Versorgung verbessert, sondern auch ein rascher und lückenloser Behandlungsverlauf garantiert.
- Bei medizinischen Rehabilitationen haben die Versicherten künftig ein größeres Wunsch- und Wahlrecht.
- Pflegebedürftige, Menschen mit Behinderungen oder eingeschränkter Alltagskompetenz erhalten Anspruch auf zusätzliche Leistungen zahnmedizinischer Prävention.
- Versicherte haben schon von dem Tag an, an dem der Arzt eine Arbeitsunfähigkeit feststellt, Anspruch auf Krankengeld – und nicht erst vom darauffolgenden Tag an. Dies

Neuerungen im Arznei- und Heilmittelbereich

Wirtschaftlichkeitsprüfungen im Gesundheitswesen sind unabdingbar. Doch eine Vielzahl an Reformen in den letzten Jahren hat zu immer mehr Normen auf Bundesebene geführt, was deren praktische Umsetzung erschwert – und die Ärzteschaft verunsichert. Im Arznei- und Heilmittelbereich werden deshalb die Regelungen zu Wirtschaftlichkeitsprüfungen weiterentwickelt und regionalisiert. Die Höhe des Apothekenabschlags wird gesetzlich festgelegt. Zudem werden Regelungen angepasst, damit es künftig weniger Regressverfahren der gesetzlichen Krankenkassen gegen Heilmittelerbringer und Apotheker (Retaxationen) wegen formaler Fehler gibt.

Stärkung der Nutzenbewertung neuer Methoden

Neue Methoden, die auf Medizinprodukte mit hoher Risikoklasse zurückgreifen, bewertet der Gemeinsame Bundesausschuss in einem systematischen Verfahren. Krankenhäuser, die eine solche neue Methode anbieten wollen, müssen an Erprobungsstudien teilnehmen. Diese Regelung stärkt nicht nur die Nutzenbewertung neuer Methoden mit Produkten der höchsten Risikoklassen: Sie gewährleistet, dass die gesetzlich Versicherten vom medizinischen Fortschritt ebenso profitieren wie von qualitativ hochwertigen Behandlungen.

schließt eine Versorgungslücke für Versicherte, die wegen derselben Krankheit regelmäßig nur einen Arbeitstag arbeitsunfähig sind (etwa wegen einer Chemotherapie oder bestimmten Formen der Dialyse).

3. Innovation in der Versorgung

In unserer älter werdenden Gesellschaft nehmen chronische und Mehrfacherkrankungen zu – eine Herausforderung für die Versorgungsforschung und Innovation.

Zur Förderung innovativer, insbesondere sektorenübergreifender Versorgungsformen und für die entsprechende Forschung wird ein Innovationsfonds mit jeweils 300 Millionen Euro jährlich in den Jahren 2016 bis 2019 geschaffen. Die Fördermittel kommen jeweils zur Hälfte vom Gesundheitsfonds (Liquiditätsreserve) und den am Risikostrukturausgleich teilnehmenden Krankenkassen.

Zudem werden den Vertragspartnern mehr Gestaltungsmöglichkeiten eröffnet, um den Wettbewerb um innovative und effiziente Versorgungsformen zu stärken. „Denn für eine zukunftsfähige Versorgung sind Innovationen nicht nur bei Arzneimitteln oder Behandlungsmethoden, sondern auch bei den Versorgungsstrukturen insgesamt unverzichtbar“, so Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe.

Impressum: Herausgeber

Bundesministerium für Gesundheit, Referat Öffentlichkeitsarbeit, 11055 Berlin **Druck:** Hausdruckerei des BMAS, Bonn **1. Auflage:** Stand Juli 2015 **Bestell-Nr.:** BMG-V-10023

Kostenlose Bestellung weiterer Publikationen

E-Mail: publikationen@bundesregierung.de **Telefon:** 0 30 / 18 272 272 1 **Fax:** 0 30 / 18 10272 2721 **Schriftlich:** Publikationsversand der Bundesregierung, Postfach 48 10 09, 18132 Rostock

Diese Druckschrift wird im Rahmen der Öffentlichkeitsarbeit des Bundesministeriums für Gesundheit kostenlos herausgegeben. Sie darf weder von Parteien noch von Wahlwerbern oder Wahlhelfern während des Wahlkampfes zum Zwecke der Wahlwerbung verwendet werden. Dies gilt für Europa-, Bundestags-, Landtags- und Kommunalwahlen.