

Biersdorfer Krankenhausgespräche

14. September 2012



Kassenärztliche Vereinigung
Nordrhein

Zukunftswerkstatt Biersdorf

▶ Die ambulante Versorgung 2025

Bernhard Brautmeier
Vorstand der KV Nordrhein

Welche Aufgaben kommen auf uns zu?

- Die „Menge“ der Arbeit steigt
 - Demographie, (Multi-)Morbidity, Chronifizierung von Krankheiten
 - zusätzliche Nachfrage durch „neue“ (psychische) Erkrankungen
- Die Arbeit wird „schwieriger“...
 - wissenschaftlich-technischer Fortschritt
 - weitere Ausdifferenzierung der medizinischen Fächer
- Neue Anforderungen an „die Medizin“ durch politische und gesellschaftliche Diskurse...
 - Ausbau von Patientenrechten und Verbraucherschutz
 - ⇒ „Amerikanisierung“ des Haftungsrechts?!
 - „Konkurrenz“ etablierter und neuer nichtärztlicher Heil- und Gesundheitsberufe zur Rolle des Arztes



Welche finanziellen Ressourcen stehen künftig zur Verfügung?

- stagnierende Einnahmebasis der GKV
 - ⇒ steigender Anteil von Versicherten ohne kostendeckende Beiträge (Rentner, geringfügig Beschäftigte, Transferempfänger)
- schwindende politische und gesellschaftliche Akzeptanz der PKV
 - ⇒ höhere Ausgabendynamik im Vergleich zur GKV
 - ⇒ Überforderung von Versicherten mit mittleren / geringen Einkommen
 - ⇒ politische Widerstände gegen steigende Beihilfelasten (Länder !)
- zunehmende individuelle Zahlungsbereitschaft für Gesundheitsleistungen
 - ▶ aber: politische Widerstände gegen „unsoziale Zwei-Klassen-Medizin“

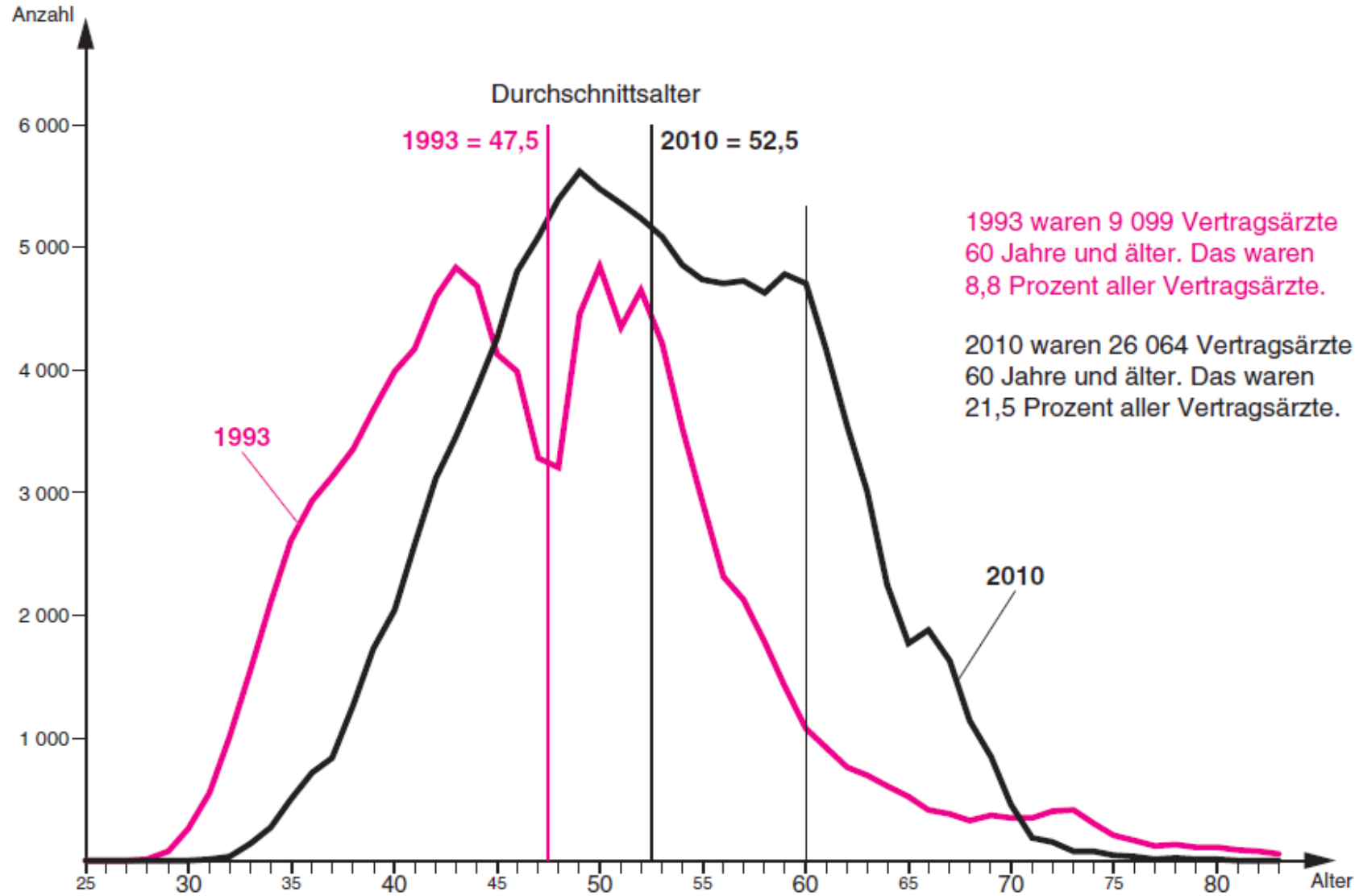


Welche personellen Ressourcen stehen künftig zur Verfügung?

- **Ärzte- und Fachkräftemangel in der Versorgung**
 - abnehmende durchschnittliche Arbeitszeit pro Kopf
 - ⇒ schwindende Bereitschaft zur „Selbstaussbeutung“
 - ⇒ Trend zu planbaren Arbeitszeiten als Angestellte(r)
 - ⇒ Frauen und Männer wünschen mehr Teilzeitarbeit und Job-Ausstieg auf Zeit (z. B. Eltern- und Erziehungszeiten)
 - Nachwuchsprobleme (nicht nur in der Allgemeinmedizin!)
 - Abwanderung von Medizinerinnen in nichtärztliche Tätigkeiten
 - Konkurrenz der Sektoren um Ärzte
 - abnehmende Bereitschaft zur Tätigkeit in unattraktiven Regionen



Altersstruktur der Vertragsärzte Veränderung von 1993 bis 2010



Droht Unterversorgung?

- Ersatzbedarf und erwarteter Nachwuchs an kurativ tätigen Ärzten 2010 bis 2015:

	Ersatzbedarf	erwarteter Nachwuchs
Ärzte im Krankenhaus	32.701	
Vertragsärzte	33.241	
Summe	65.942	44.664

freie Arztsitze in Nordrhein laut Bedarfsplanung

Stand: 06/2012

Anästhesisten	0
Augenärzte	0
Chirurgen	0
Frauenärzte	0
Hals-Nasen-Ohren-Ärzte	0
Hausärzte	30
Hautärzte	0
Internisten (fachärztlich tätig)	0
Kinderärzte	0
Nervenärzte	0
Orthopäden	0
Psychotherapeuten / KJP	22
Radiologen	1
Urologen	0

Σ freie Sitze: 53

Dilemma...

**...wir werben für
künftigen Nachwuchs,
können aber aktuell
kaum freie Arztstellen
anbieten!**

Am Bedarf vorbei...!

...bundesweite Entwicklung
der Arztzahlen
2009 auf 2010



Quelle: KBV/
Bundesarztregister



Perspektive 2025: Übernahme der Sicherstellung durch Ärztenetze?

- Selbstverwaltete Ärztenetze stoßen auf große Schwierigkeiten, eine regionale (Voll-)Versorgung in Eigenregie zu organisieren.
 - fehlendes Geschäftsmodell
 - fehlendes Investitionskapital!
 - Konkurrenz zu den Kassen, die sich künftig selbst als „Care Manager“ sehen
 - interne Konflikte und Verteilungsprobleme (Netze als „kleine“ KVen)
- ▶ ...fünf Jahre „Kinzigtal“ – aber was ist mit dem restlichen Schwarzwald?!

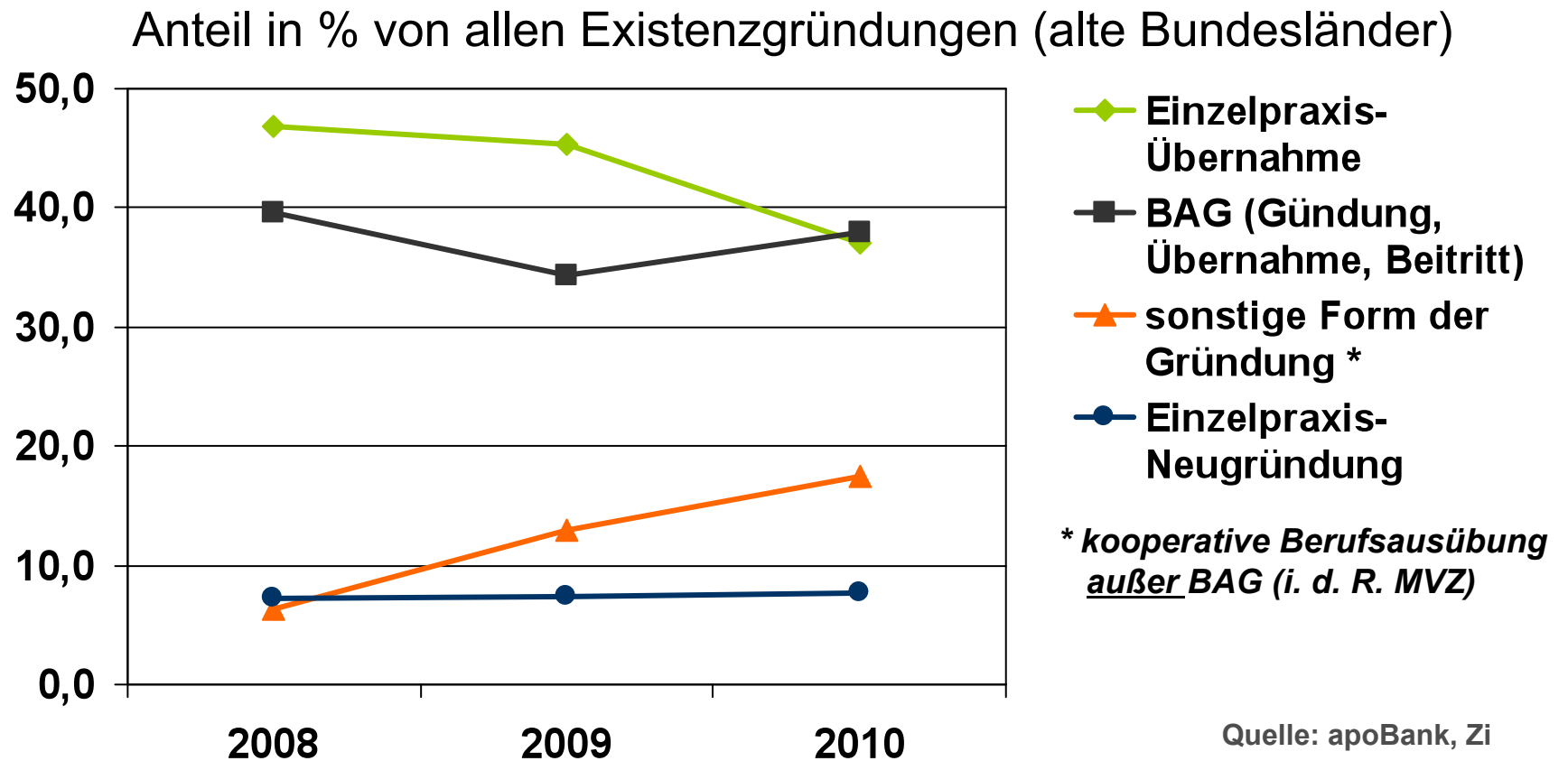


Kooperative Berufsausübung – eine Zwischenbilanz

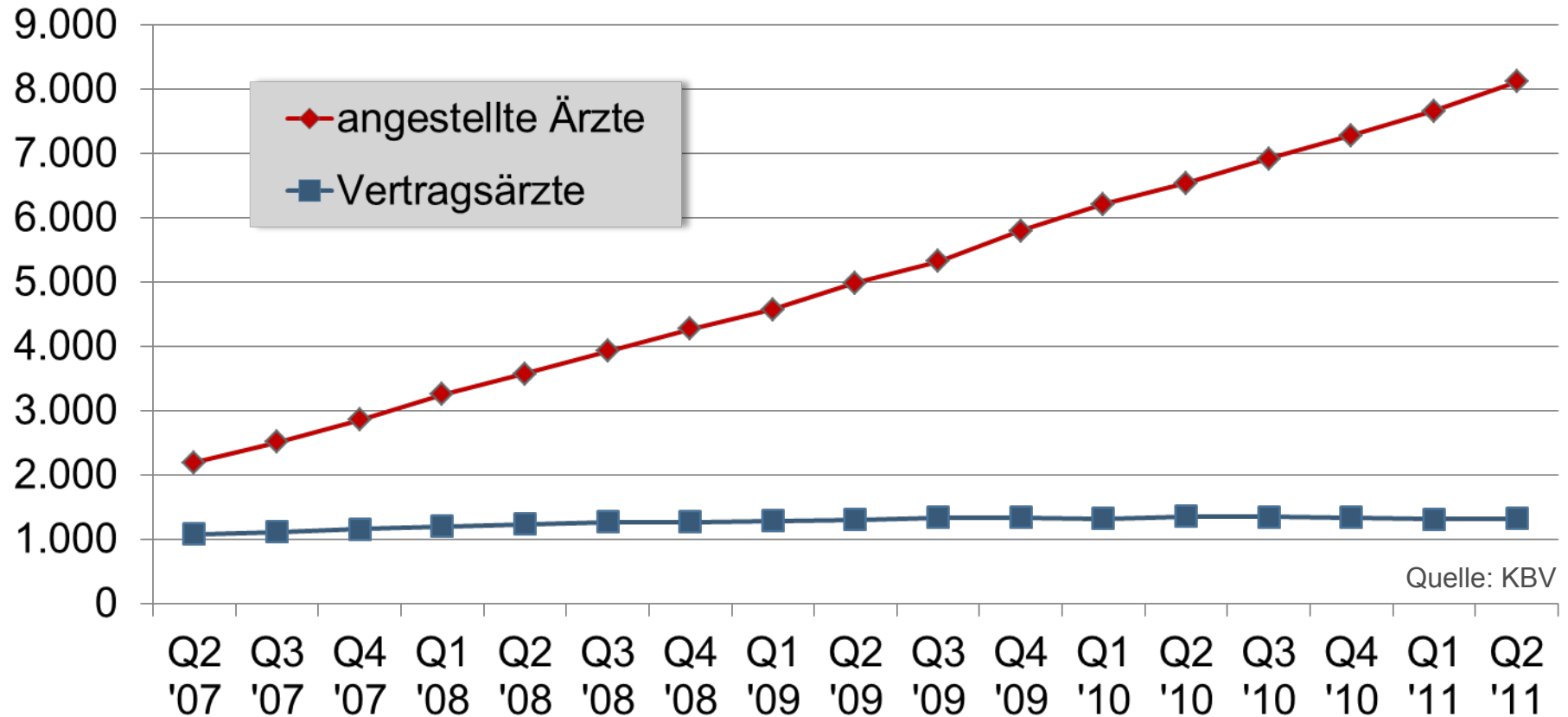
- Hohe Akzeptanz für neue Möglichkeiten der kooperativen ärztlichen Berufsausübung
- ▶ „schleichende Revolution“ der (ambulanten) Versorgung durch neue Formen der Berufsausübung
 - BAGs
 - MVZ
 - Möglichkeiten der Anstellung
 - Zweigpraxen
 - Nebentätigkeit im Krankenhaus



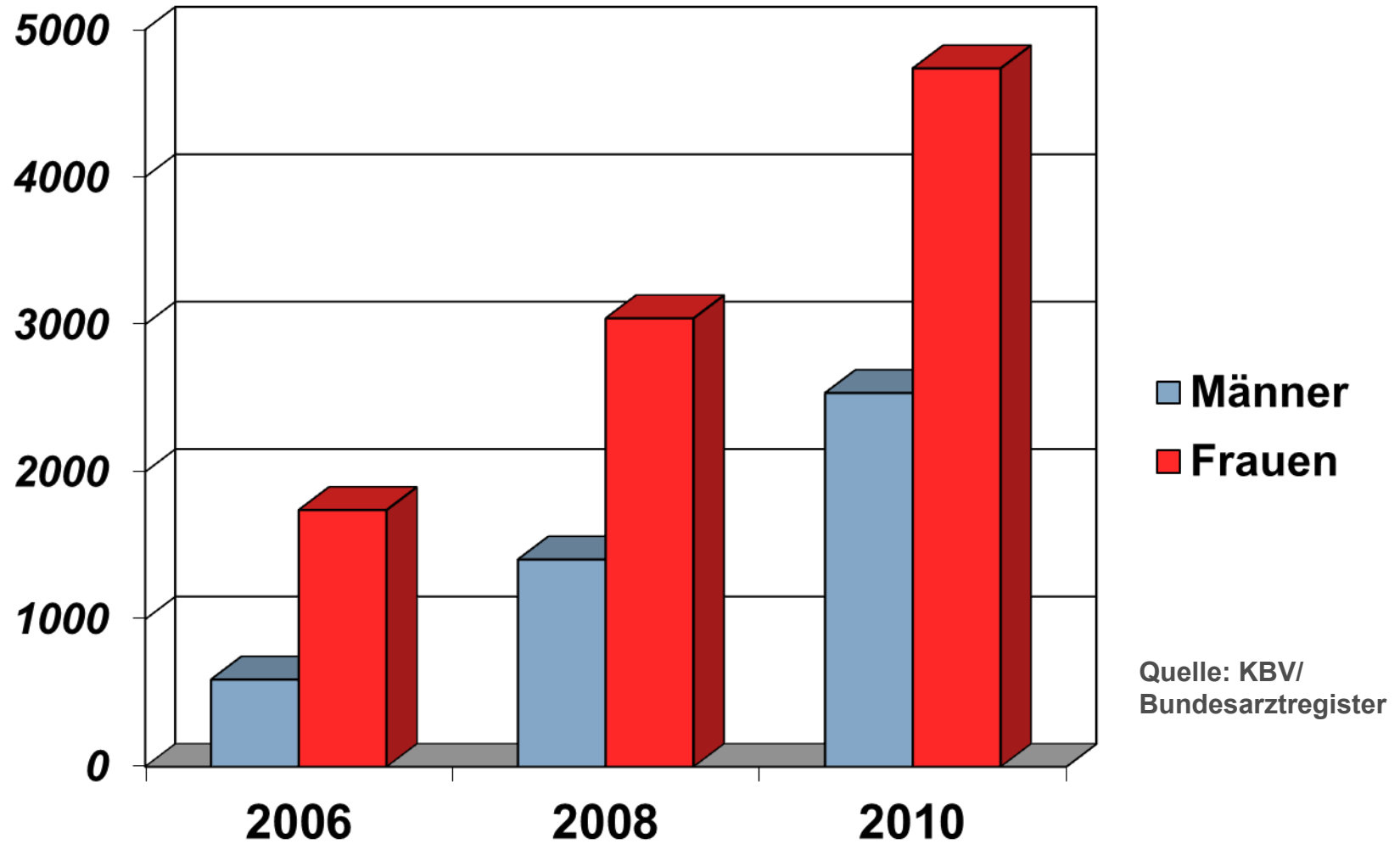
Existenzgründung in der ambulanten Versorgung



Berufstätigkeit im MVZ: „Boom“ der Anstellung



angestellte Ärztinnen und Ärzte *ohne „Job sharer“ und WB-Assistenten*

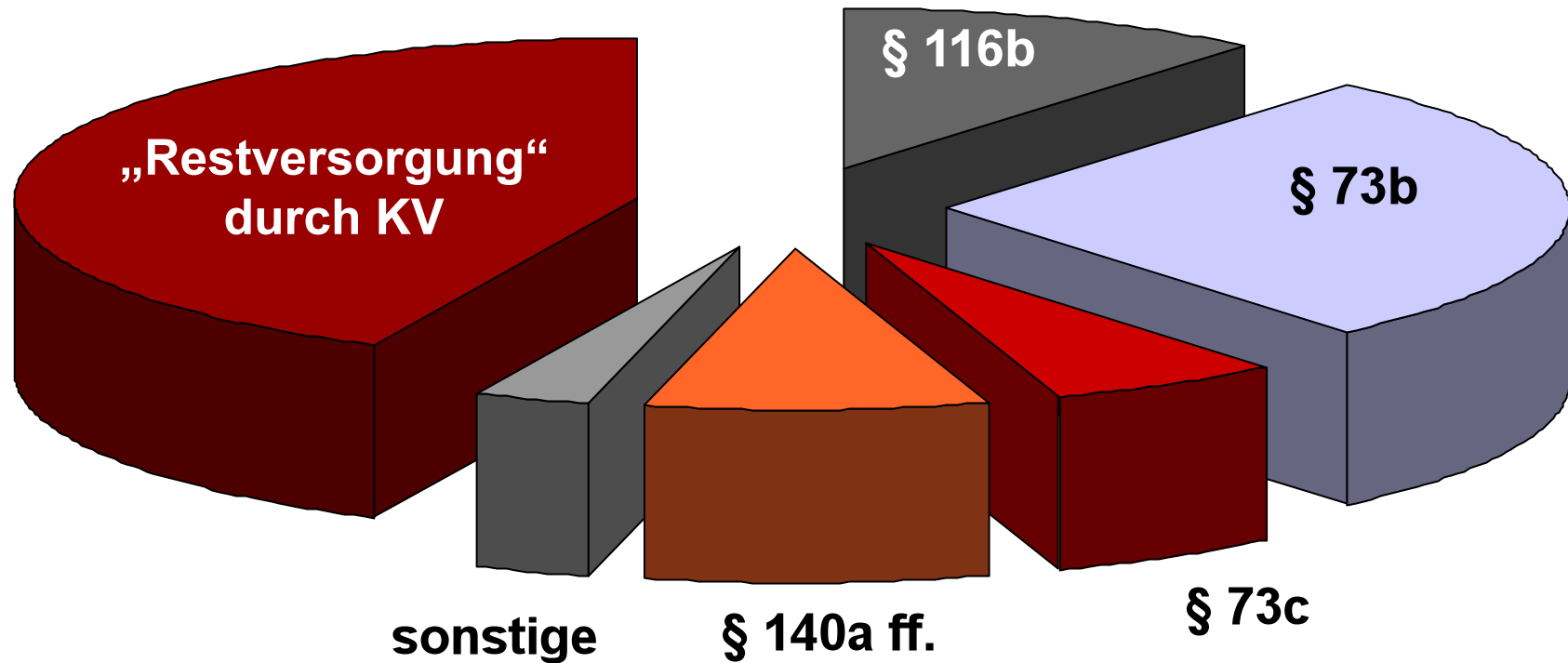


Wie setzen wir unsere Ressourcen ein?

- Populäre „Rezepte“ für eine effiziente Versorgung
 - Präventive Ausrichtung der Versorgung?
 - „Steuerung“ durch Primärarztmodelle?
 - Managed Care? ⇒ Wenn ja, durch wen?
 - Ärztenetze?
 - Integrierte Versorgung?
- ▶ Problem: zunehmend fragmentierte Zuständigkeiten führen den Sicherstellungsauftrag der KVen ad absurdum...



Sicherstellungsauftrag 2025 nach Bereinigungen ??!



© KV Nordrhein ▪ Bernhard Brautmeier ▪ 14.09.2012 ▪ Seite 15

Impfung/ Kasse	Barmer GEK	Techniker NRW	Novitas BKK	BKK Victoria	BKK Demag Krauss Maffei	BIG direkt gesund	pronova BKK	BKK 24	BKK Vor Ort	Deutsche BKK	Knappschaft	
Praxisgebühr	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	nein	nein	nein	
Zuzahlung Impfstoffe	nein	ja	nein	nur Gelbfieber ohne Zuzahlg.	nein	nein	nein	nein	nein	nein	nein	
	SNR											
Rotavirus	89701*	x	—	x	—	—	x	—	—	—	x	x
Hepatitis A	89703	—	x	x	x	x	x	—	x	x	—	x
Hepatitis B	89704	—	x	x	x	x	x	—	x	x	—	x
Hepatitis A und B	89705	—	x	x	x	x	x	—	x	x	—	x
FSME	89706	7,00 €	x	x	x	x	x	—	—	—	—	x
Meningokokken	89708	—	x	x	x	x	—	—	—	—	—	x
Tollwut	89709	—	x	—	x	x	—	—	—	—	—	x
Typhus	89710	—	x	x	x	x	—	—	—	—	—	x
Typhus und Hepatitis A	89711	—	x	x	x	x	—	—	—	—	—	x
Cholera	89712	—	x	—	—	—	—	x	x	x	—	x
Gelbfieber	89713	—	—	—	—	x	—	x	x	x	—	x
Malariaphylaxe (Tabletten) Feld 8 (Muster 16) ankreuzen, kein Bezug über Sprechstundenbedarf	89714	—	—	—	—	x	—	—	—	x	—	x
HPV für weibliche Versi von 18-26 Jahren/1. Imp	89715A	—	—	—	x	x	89715D**	x	—	89715A	89715D	—
HPV für weibliche Versi von 18-26 Jahren/2. Imp	89715A	—	—	—	x	x	89715D**	x	—	89715A	89715D	—
HPV für weibliche Versicherte von 18-26 Jahren/3. Impfung	89715	—	—	—	x	x	89715E**	x	—	89715C	89715E	—
		Honorar in Euro										
Vergütung HPV 1. Impfung	—	6,00	—	11,50	11,50	7,00	11,50	—	6,00	7,00	—	
Vergütung HPV 2. Impfung	—	6,00	—	11,50	11,50	7,00	11,50	—	6,00	7,00	—	
Vergütung HPV 3. Impfung	—	21,00	—	11,50	11,50	15,00	11,50	—	21,00	15,00	—	
Vergütung Rotavirus	gesamte Impfserie 12,00	—	7,00	—	—	7,00	—	—	—	7,00	7,00	
Vergütung 1. Impfung	—	12,00	15,00	15,00	12,00	15,00	—	15,00	12,00	12,00	12,00	
Vergütung jede weitere Impfung bei dem gleichen Arzt/Patientenkontakt	—	6,00	15,00	15,00	12,00	7,00	—	15,00	6,00	6,00	6,00	
Vergütung Malariaphylaxe(Tabletten)	—	12,00	—	—	12,00	—	—	—	6,00	—	6,00	
Hepatitis A und B (Kombinationsimpfstoff)	—	12,00	15,00	15,00	12,00	22,00	—	21,00	12,00	12,00	12,00	
Typhus und Hepatitis A (Kombinationsimpfstoff)	—	12,00	15,00	15,00	12,00	22,00	—	21,00	12,00	12,00	12,00	

„Segnungen“ des Vertragswettbewerbs...




Plädoyer der Wissenschaft für den Kollektivvertrag...

- *„Die bisherigen Erfahrungen sprechen insofern weniger dafür, die KVen in ihrer monopolistischen Position durch Hausärzterverbände zu ersetzen, sondern die komparativen Vorzüge der kollektiven Vertragsgestaltung zu erhalten.“*

Rürup, B. / Wille, E. / DIW / IGES: „Effizientere und leistungsfähigere Gesundheitsversorgung als Beitrag für eine tragfähige Finanzpolitik in Deutschland“ (Gutachten im Auftrag des BMF, Juni 2009)



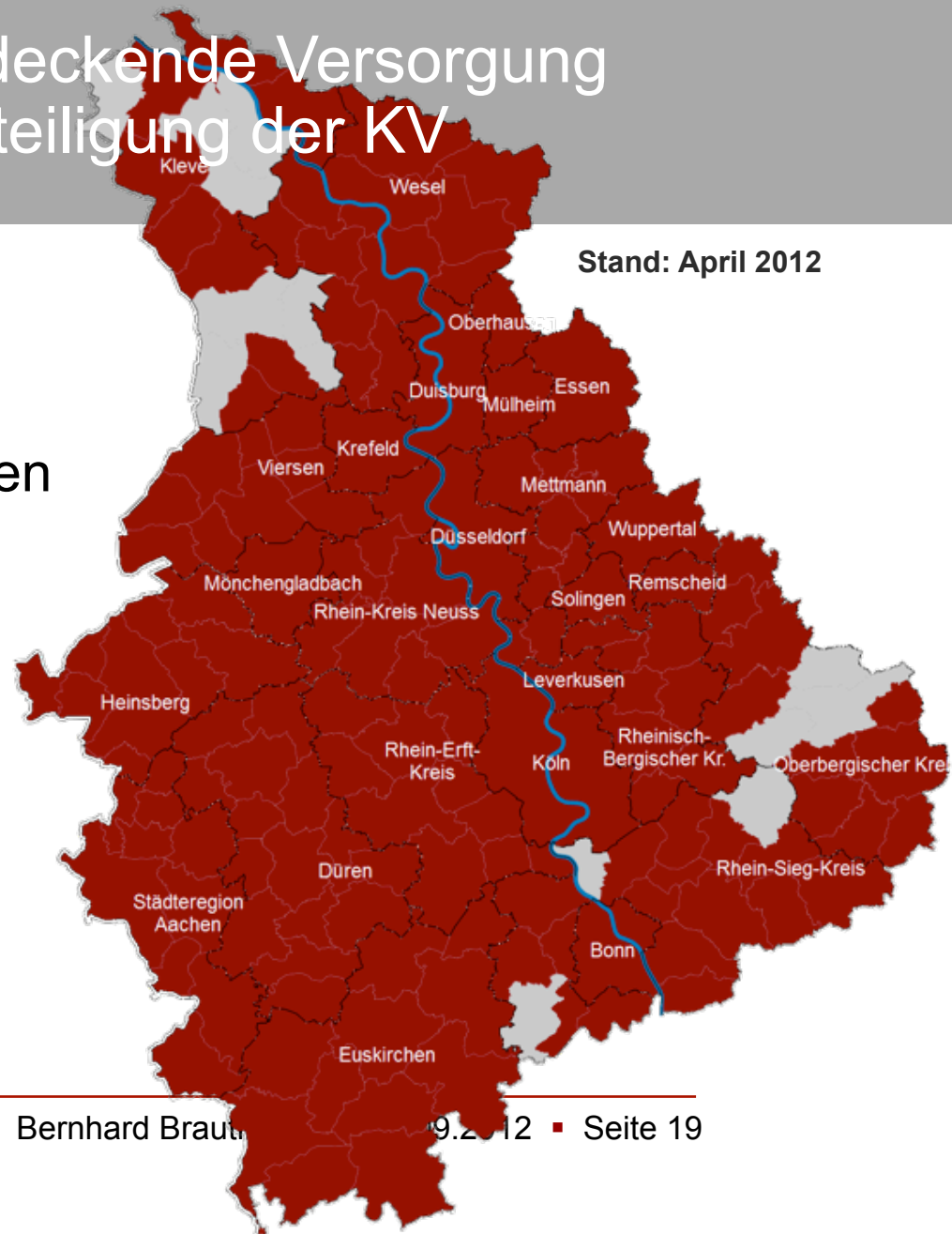
10 Jahre Gutachten „Über-, Unter-, Fehlversorgung“ des Sachverständigenrates

„Dringliche Handlungsempfehlungen“ (u. a.)	Status 2012	beteiligter Akteur
Gesicherte Versorgungsstandards flächendeckend umsetzen!	Dauer-aufgabe	
Strukturierte Versorgungsprogramme einführen!	✓	
Prävention, Kuration und Rehabilitation neu ausbalancieren!	✗	?
Versorgung versterbender Schwerstkranker verbessern!	✓	

Innovative, flächendeckende Versorgung in Nordrhein mit Beteiligung der KV

Multiprofessionelle
Netzwerke der
allgemeinen, ambulanten
Palliativversorgung
(AAPV) in Nordrhein...

► ***...erfolgreich etabliert
mit maßgeblicher
Beteiligung der KV!***



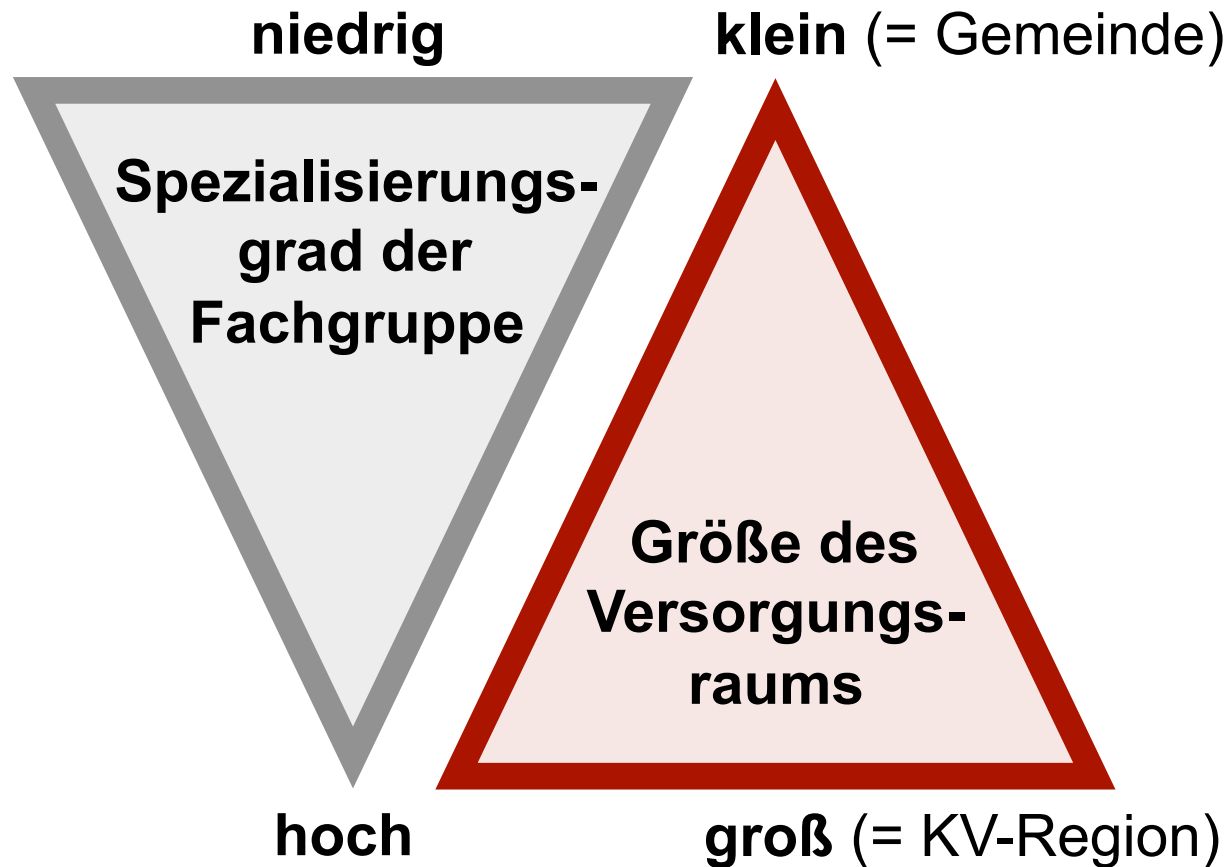
Stand: April 2012

Neue Antworten und Lösungen (1) Strukturen...

- Bedarfsgerechte Ressourcenplanung
 - qualifizierte haus- und fachärztliche Basisversorgung in der Fläche, spezialisierte Versorgung in den Zentren
 - Eigeneinrichtungen der KVen
 - Reform des ärztlichen Bereitschaftsdienstes
 - Schneller Zugriff auf spezialisierte Versorgung u. a.
 - ⇒ durch Telemedizin
 - ⇒ durch Fahrdienste
- Kooperation ambulant ↔ stationär
- Ausbau von Delegation zur Entlastung von Ärzten



Reform der Bedarfsplanung: Neuzuschnitt der Versorgungsräume



© KV Nordrhein ▪ Bernhard Brautmeier ▪ 14.09.2012 ▪ Seite 21



Reform der Bedarfsplanung: Steuerungsebenen und Instrumente

Bundesweit (Richtlinie)

Verhältniszahlen (ggf. differenziert nach Planungsbereichstypen)

= Zahl der Einwohner
(altersgewichtet)
je Arzt einer Fach-
gruppe

Regional (Bedarfsplan)

Korrekturfaktoren

z.B.

- Arzt-Patienten-Kontakte,
- Morbidität,
- soziodemograf. Faktoren

Lokal (Sonderbedarf)

Sonderbedarf

z.B.

- qualitativ
- lokal

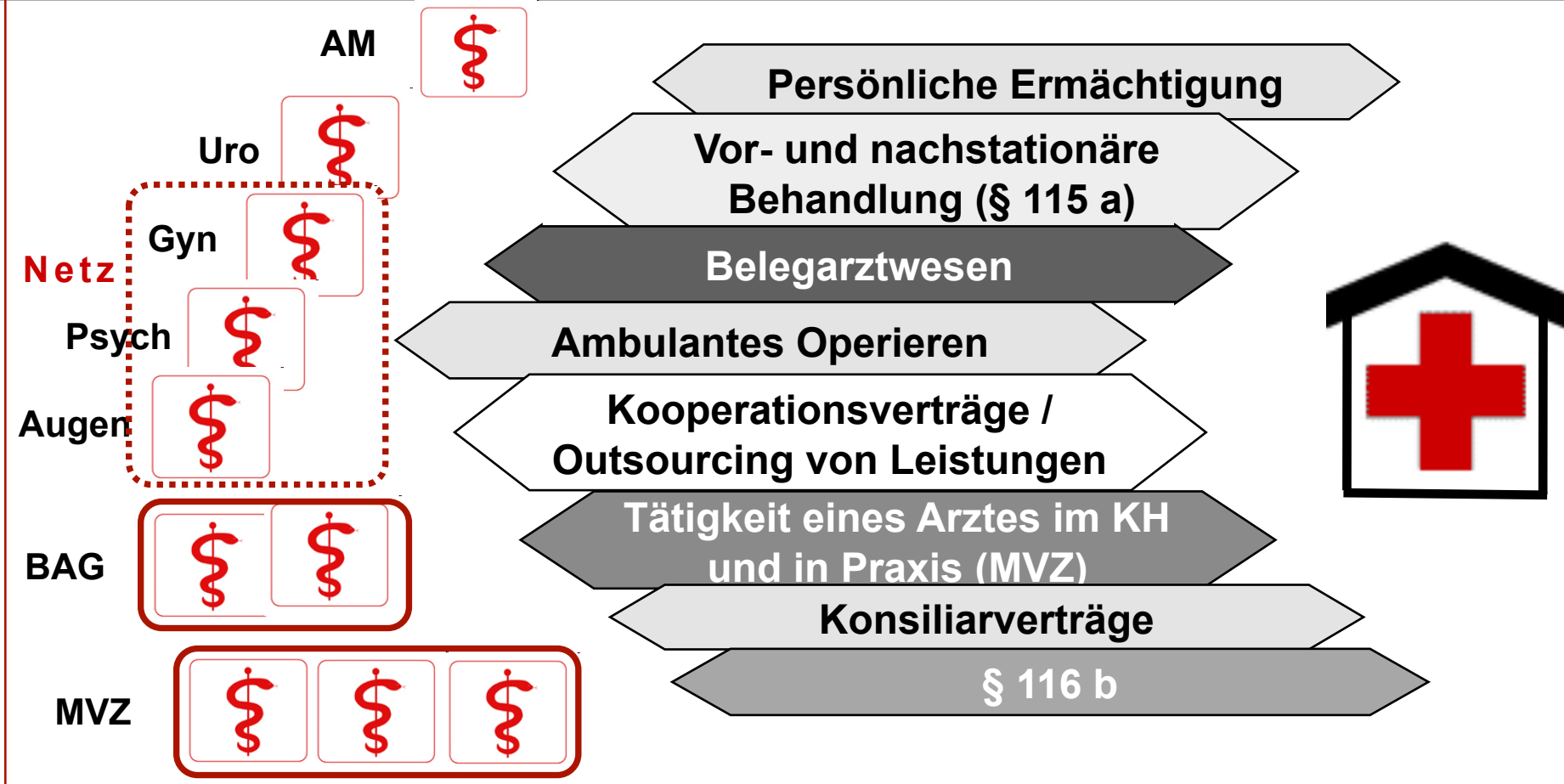


Neue Antworten und Lösungen (2) Prozesse

- Interdisziplinäre bzw. sektorenübergreifender Versorgungsprozesse und Patientenpfade
 - am Patienten orientierte „Logistik“
 - Einweisungs- und Entlassmanagement
 - Medikationsmanagement
- **Plädoyer:**
pragmatische Lösungen flächendeckend etablieren
statt auf Dauer isolierte De-Luxe-Modelle finanzieren!
- Schnittstellen gestalten, statt sie „abzuschaffen“...
 - ▶ Wir brauchen in der Patientenversorgung keine „Komplettanbieter“, sondern eine funktionierende und professionell betreute Vernetzung (KVen als „back office“)!



Kooperative Versorgung muss nicht überall neu erfunden, sondern „nur“ gelebt werden...





► Herzlichen Dank!