

# Ambulante Patientenversorgung verbessern – Vorschläge und Forderungen des GKV–Spitzenverbandes

## Pressekonferenz

Berlin, den 27.02.2014

Johann–Magnus v. Stackelberg  
GKV–Spitzenverband  
stellv. Vorsitzender des Vorstandes

Dr. Manfred Partsch  
GKV–Spitzenverband  
Leiter der Abteilung  
Ambulante Versorgung



# Inhaltsverzeichnis

1. Kooperation statt Einzelkämpferdasein

2. Basisversorgung verbessern statt nur weitere Spezialisierung

3. Finanzielle Ausgangssituation

4. Kostentreibende Morbiditätsmessung

5. Verteilungsprobleme

1. Kooperation statt Einzelkämpferdasein

2. Basisversorgung verbessern statt nur weitere Spezialisierung

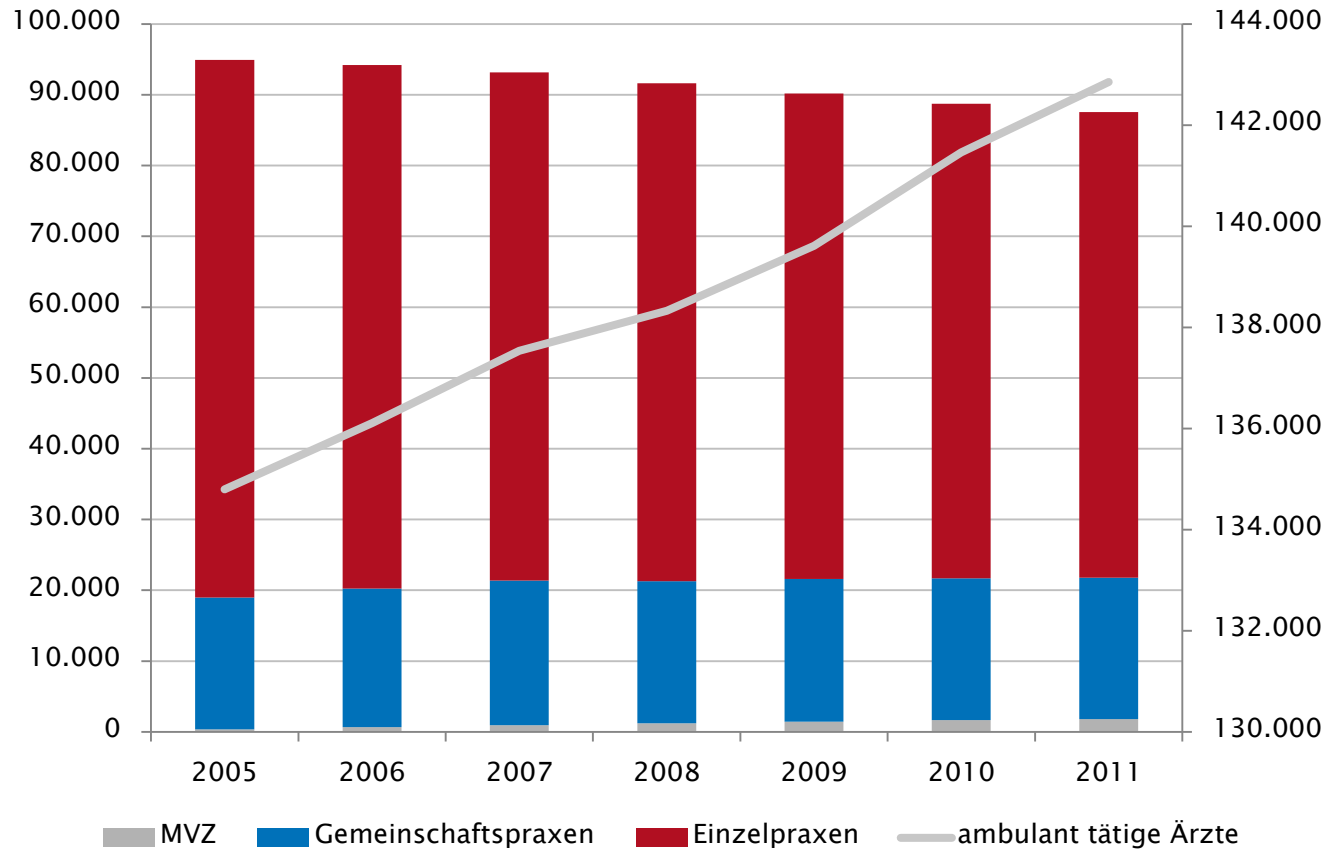
3. Finanzielle Ausgangssituation

4. Kostentreibende Morbiditätsmessung

5. Verteilungsprobleme

# Entwicklung der Praxisformen im Zeitablauf

Rückgang der Einzelarztpraxen zugunsten gemeinschaftlicher Praxisformen;  
rückläufige Praxisanzahl bei steigenden Arztzahlen



Quelle: Bundesärztekammer 2013; Darstellung: GKV-Spitzenverband

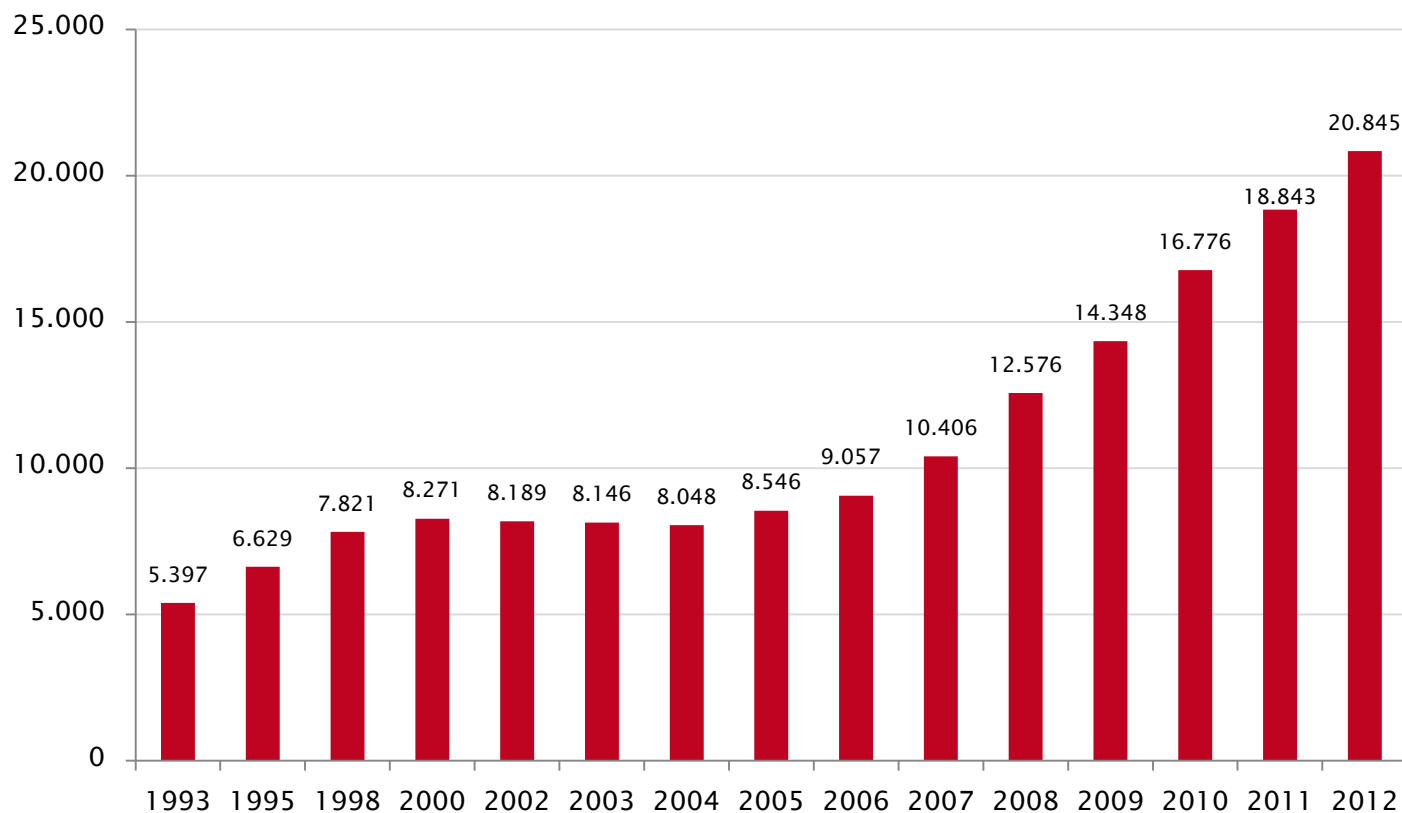




Spitzenverband

# Im ambulanten Bereich angestellte Ärzte im Zeitablauf

deutliche Steigerungsraten seit Einführung der MVZ



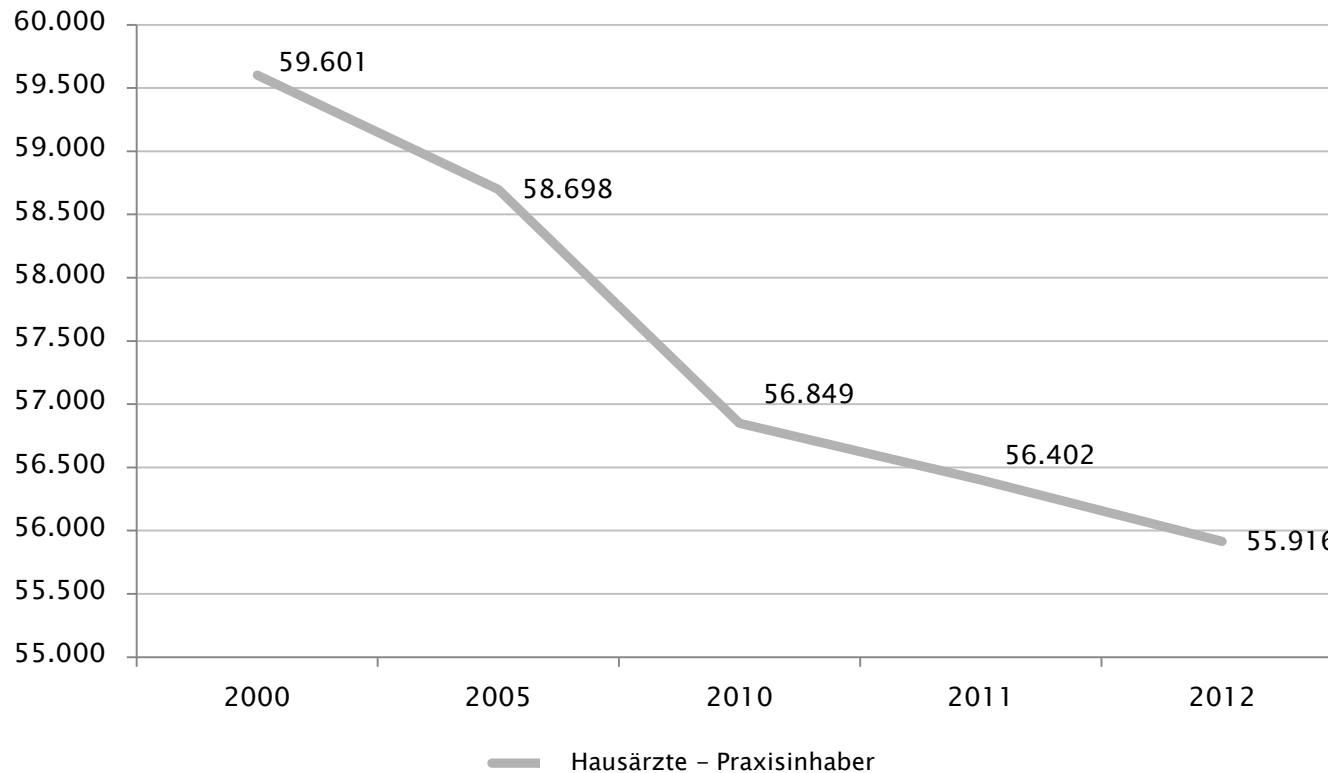
Quelle: Bundesärztekammer 2013; Darstellung: GKV-Spitzenverband



Spitzenverband

## Entwicklung der Zahl der Hausärzte

Rückläufige Zahl an hausärztlichen Praxisinhabern (Vertragsärzte)



**Problem:**

**Kontinuierlich rückläufige Zahl von Hausärzten in eigener Praxis**

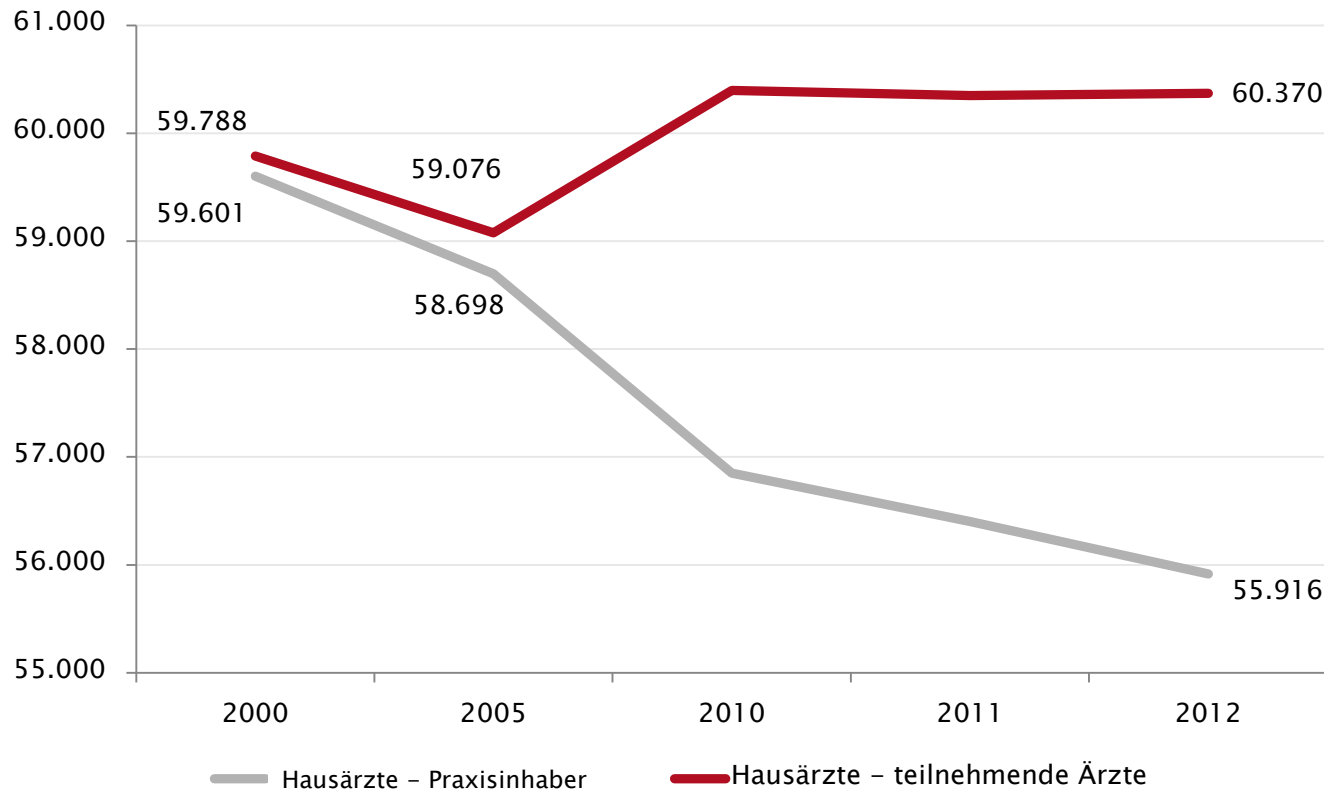
Quelle: Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Bundesärztekammer 2013 ; Darstellung: GKV-Spitzenverband



Spitzenverband

## Entwicklung der Zahl der Hausärzte

aber: mehr Hausärzte als je zuvor durch Anstellungsverhältnisse



**Rückläufige Zahl von Hausärzten in eigener Praxis**

**ABER**

**Überkompensation durch die Zunahme von Anstellungsverhältnissen**

**FAZIT**

**Es nehmen mehr Hausärzte an der ambulanten Versorgung teil als je zuvor!**

Quelle: Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Bundesärztekammer 2013 ; Darstellung: GKV-Spitzenverband

## Kooperation statt Einzelkämpferdasein

die klassische Einzelarztpraxis hat sich als Standardmodell überlebt

- Die Zunahme multimorbider Patienten und die steigende Komplexität der medizinischen Leistungserbringung erfordern auch in der ambulanten Versorgung multidisziplinäre Teamstrukturen.



Deshalb denken wir, dass kooperativen Praxisstrukturen die Zukunft gehört und setzen uns für entsprechende Strukturveränderungen ein.

Die fachärztliche Einzelpraxis kann nicht das Standardmodell für die Zukunft sein.



## Kooperation statt Einzelkämpferdasein

- Die effiziente Nutzung der finanziellen und personellen Ressourcen erfordert kooperative Versorgungsstrukturen für eine koordinierte Versorgung der Patienten.



Deshalb fordern wir, dass Wirtschaftlichkeitsreserven, die sich aus der bestehenden Organisation der Versorgung ergeben, gehoben werden.

Wenn Ärzte zusammen arbeiten und z. B. für Verwaltungs- und Dokumentationsaufgaben jemanden anstellen, haben sie mehr Zeit für die Patienten.

Je mehr Ärzte in einer Praxis zusammenarbeiten, je eher findet eine Entlastung des Einzelnen statt und je besser ist die Praxis für die Patienten erreichbar.

## Kooperation statt Einzelkämpferdasein

- Junge Ärzte wünschen sich Arbeitsbedingungen, bei denen sie eine qualitativ hochwertige medizinische Tätigkeit mit einer vernünftigen work-life-balance verbinden können.



Deshalb setzen wir uns für den Ausbau von Anstellungsmöglichkeiten in der ambulanten Versorgung ein.

So hat der einzelne Arzt z. B. mehr Zeit für seine Familie, trotzdem ist die Arztpraxis insgesamt länger für die Patienten da.

## Kooperation statt Einzelkämpferdasein

- Die Sicherstellung der Versorgung wird in einigen Regionen zunehmend flexible Angebote für die Patientenversorgung erfordern.



### Deshalb fordern wir

- die Förderung von Filialpraxen und mobilen Praxisangeboten
- die Nutzung von befristeten Zulassungen
- die Möglichkeit zur Umwandlung von Zulassungen in Anstellungsverhältnisse bei der KV und die Einrichtung von KV-Praxen
- die stärkere Einbeziehung nichtärztlicher Fachkräfte in die Versorgung

1. Kooperation statt Einzelkämpferdasein

2. Basisversorgung verbessern statt nur weitere Spezialisierung

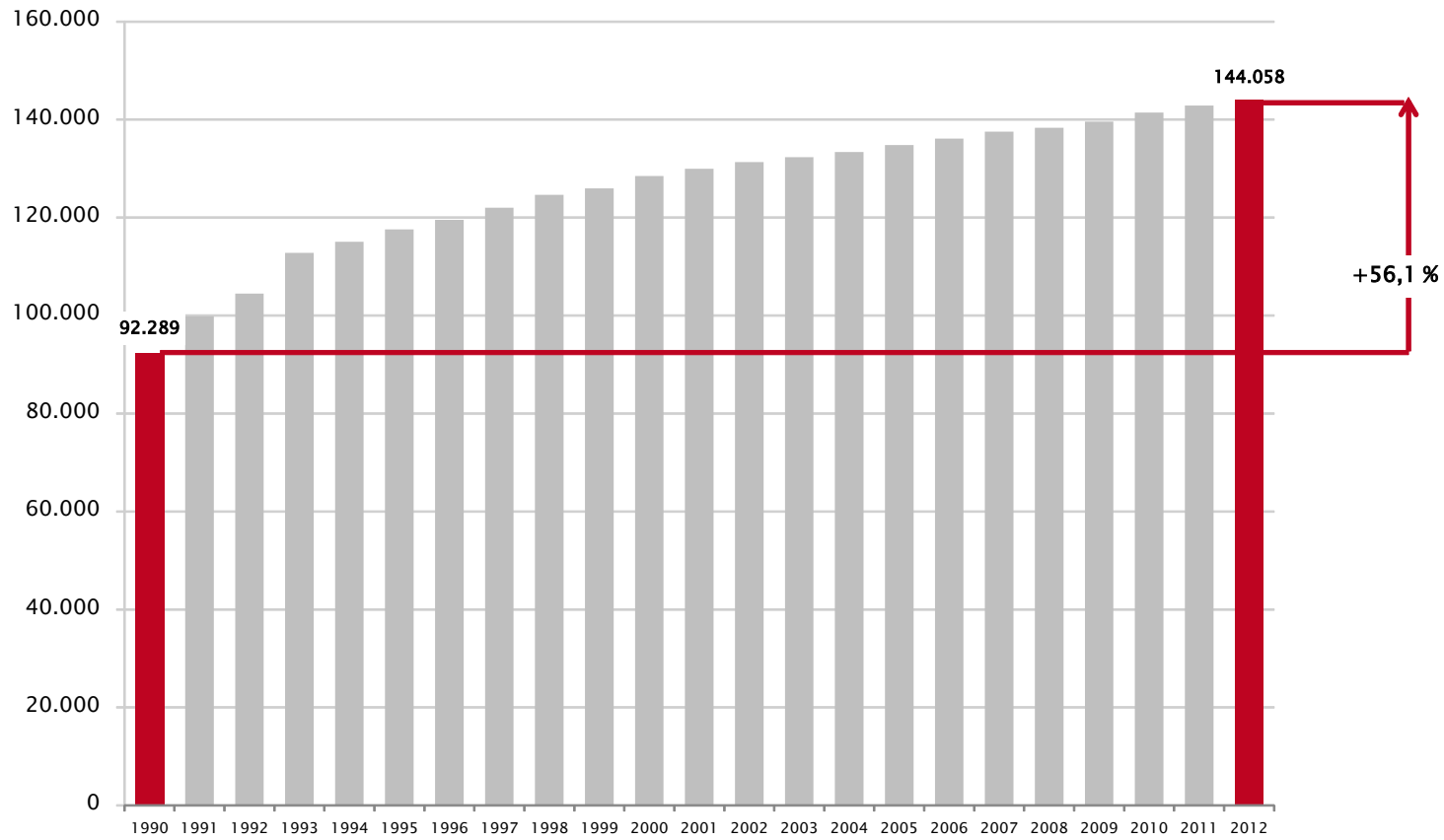
3. Finanzielle Ausgangssituation

4. Kostentreibende Morbiditätsmessung

5. Verteilungsprobleme

# Arztzahlentwicklung in der ambulanten Versorgung

Entwicklung der Zahl ambulant tätiger Ärzte von 1990 bis 2012



Quelle: Bundesärztekammer, Darstellung: GKV-Spitzenverband



Spitzenverband

# Versorgungssituation

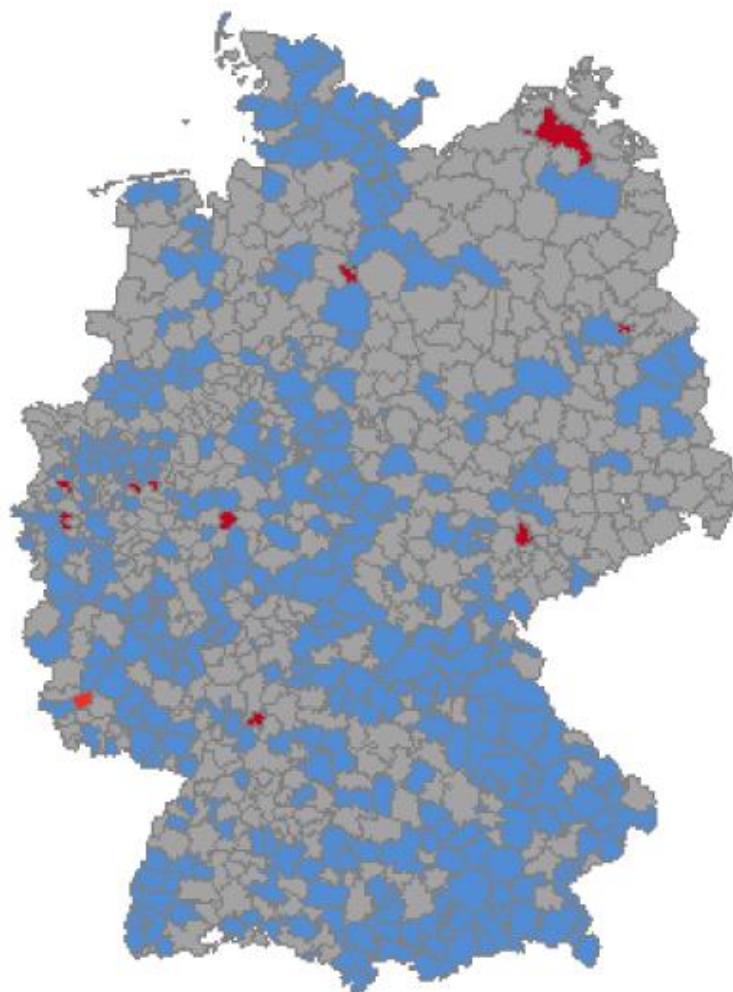
Unter-, Über- und Fehlversorgung

Wir haben in Deutschland so viele Ärzte wie noch nie zuvor in der Versorgung.

Trotzdem gibt es Regionen, in denen es zu wenige Hausärzte gibt, und solche, in denen es sehr viel mehr Fachärzte gibt, als für eine gute Versorgung benötigt würden.

# Situation der ambulanten Versorgung

Hausärzte nach Mittelbereichen

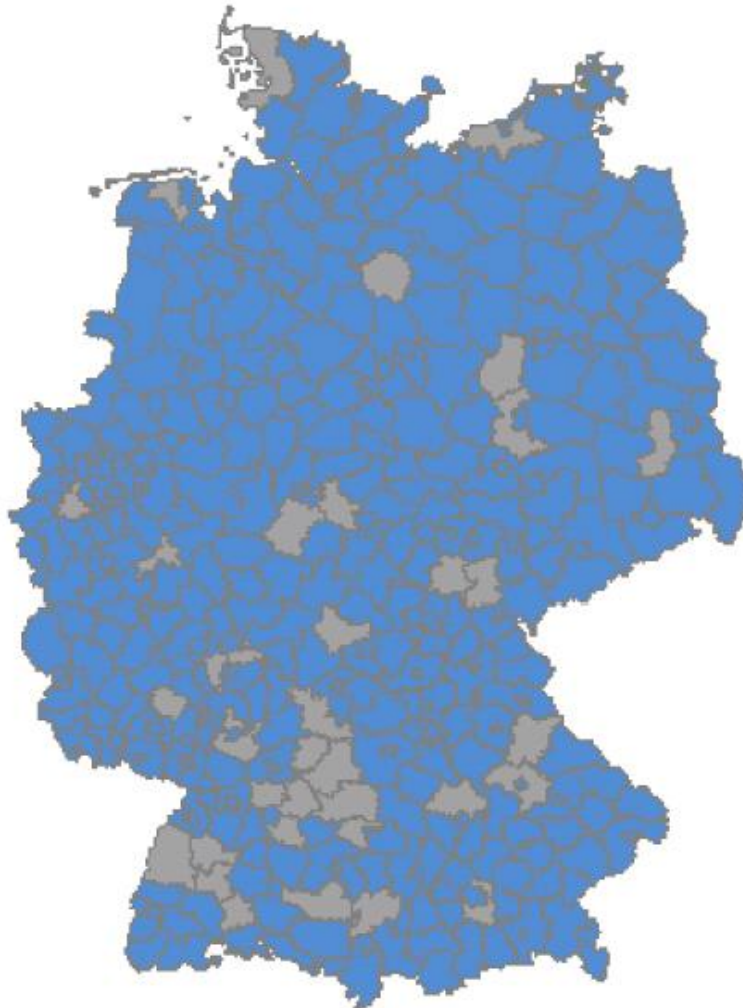


Legende		Anzahl Mittelbereiche	in v.H.
<span style="color: red;">■</span>	Unterversorgung	13	1,5
<span style="color: lightcoral;">■</span>	drohende Unterversorgung	1	0,1
<span style="color: grey;">■</span>	Normalversorgung	507	57,2
<span style="color: blue;">■</span>	Überversorgung	365	41,2
Planungsbereiche gesamt		886	

Quelle: Zahlen der Bedarfsplanung 2013; Darstellung: GKV-Spitzenverband

# Situation der ambulanten Versorgung

Urologen nach Kreisen und kreisfreien Städten



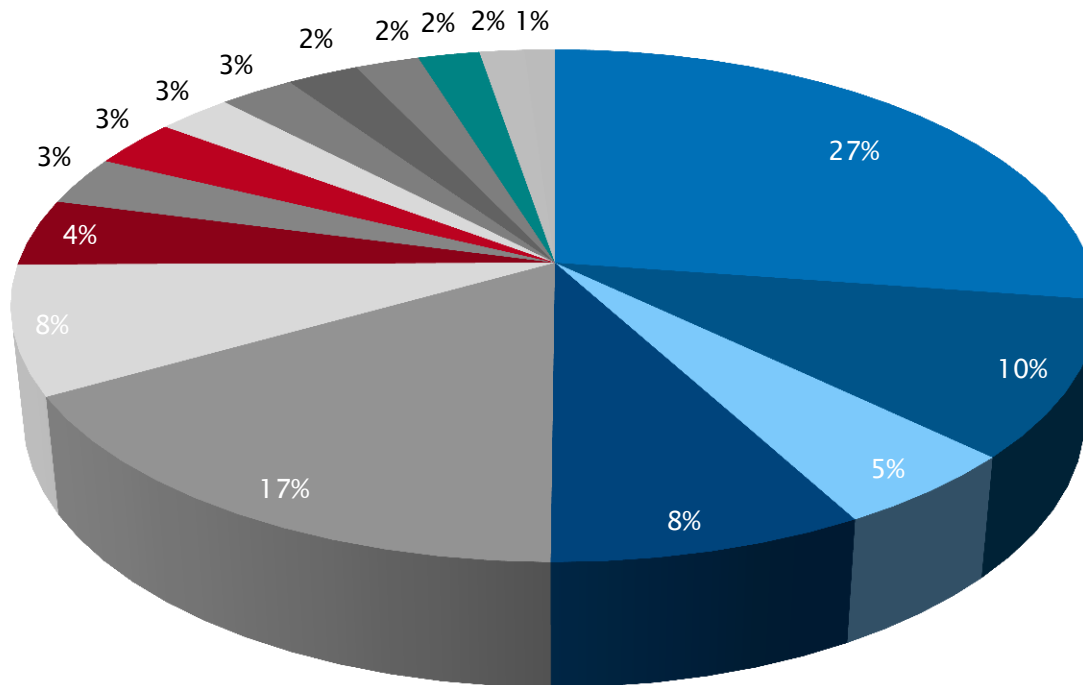
Legende		Anzahl Mittelbereiche	in v.H.
<span style="color: red;">■</span>	Unterversorgung	0	0
<span style="color: pink;">■</span>	drohende Unterversorgung	0	0
<span style="color: grey;">■</span>	Normalversorgung	38	9,87
<span style="color: blue;">■</span>	Überversorgung	347	90,13
Planungsbereiche gesamt		385	

Quelle: Zahlen der Bedarfsplanung 2013; Darstellung: GKV-Spitzenverband



# Ambulant tätige Ärzte nach Bezeichnungen

Hausärzte stellen etwa 40% des ambulanten Versorgungsangebotes



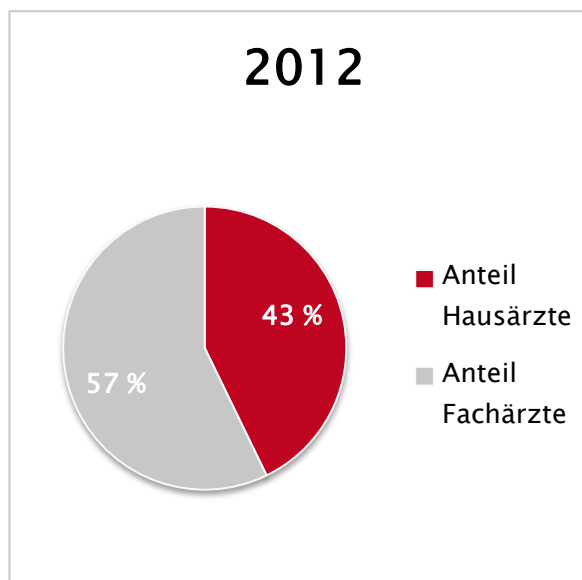
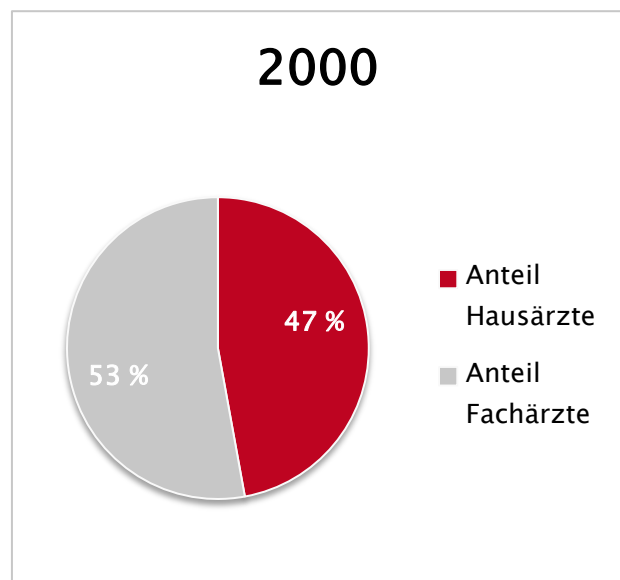
- Allgemeinmedizin
- ohne Gebietsbezeichnung
- Kinder- und Jugendmedizin
- Frauenheilkunde und Geburtshilfe
- Innere Medizin
- Chirurgie
- Augenheilkunde
- Hals-Nasen-Ohrenheilkunde
- Haut- und Geschlechtskrankheiten
- Anästhesiologie
- Psychiatrie und Psychotherapie
- Radiologie
- Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
- Urologie
- Nervenheilkunde
- Neurologie

Quelle: Bundesärztekammer 2013, ausgewählte Arztgruppen ; Darstellung: GKV-Spitzenverband



## Entwicklung Hausärzte vs. Fachärzte

immer mehr Fachärzte; der Anteil der Hausärzte geht weiter zurück



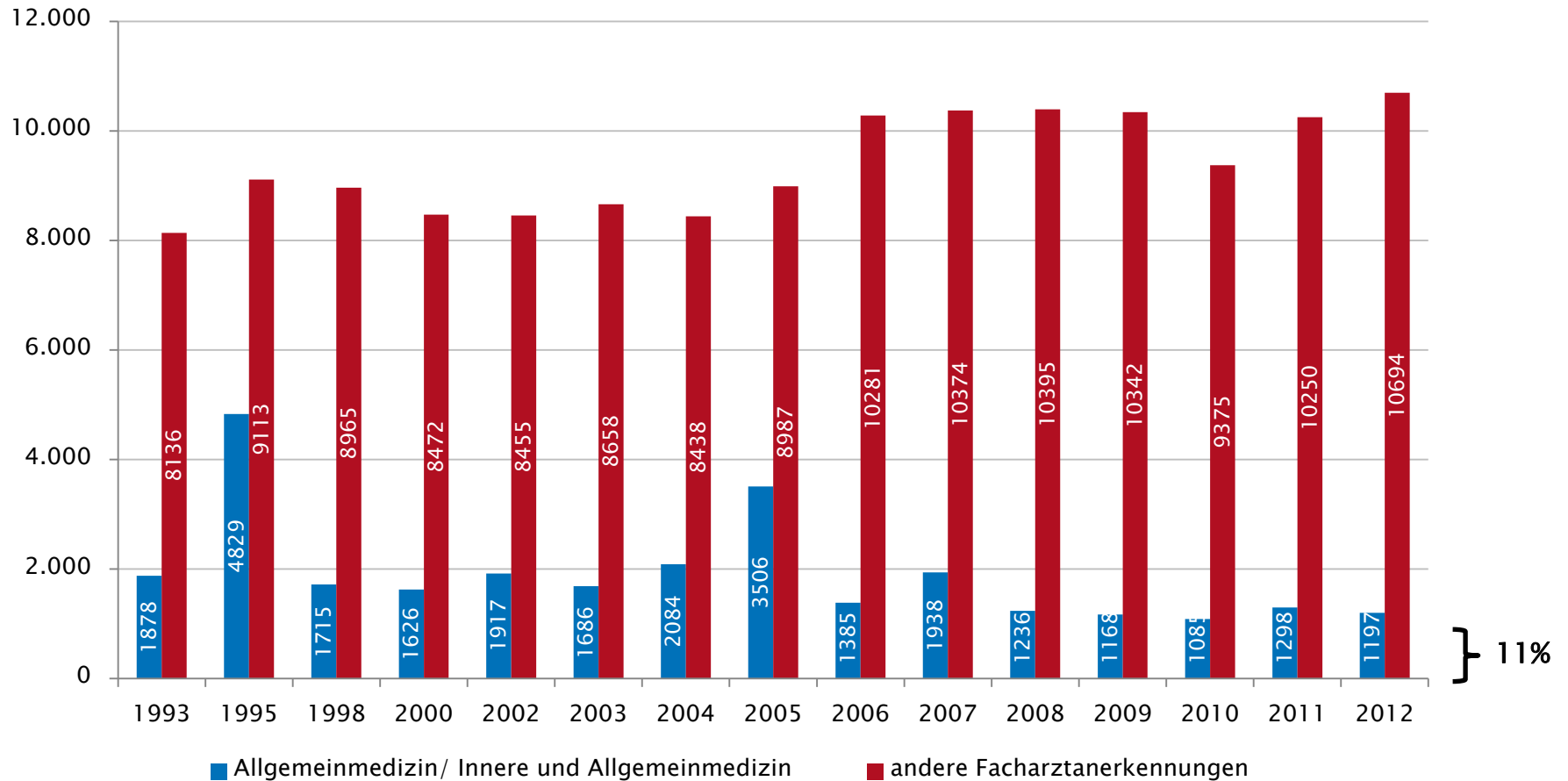
Die Spezialisierung führt zu einer stetigen Ausweitung fachärztlicher Versorgungsanteile.

Der Anteil der Hausärzte an der Versorgung geht immer weiter zurück.



# Zahl der Facharztanerkennungen im Zeitablauf

nur etwa 11 % der Facharztabschlüsse entfallen auf die Allgemeinmedizin



Quelle: Bundesärztekammer 2013, ausgewählte Arztgruppen ; Darstellung: GKV-Spitzenverband

# Basisversorgung verbessern statt nur weitere Spezialisierung

Hausärzte sind das Fundament einer guten Versorgung

- Der spezialisierten Medizin wird ein immer größerer Stellenwert beigemessen. Das beginnt beim Studium, setzt sich in der Weiterbildung fort und schlägt sich in höheren Vergütungen für Spezialisten nieder. Für die ambulante Versorgung in der Fläche werden jedoch gut ausgebildete Generalisten mit einem breiten Wissens- und Erfahrungsschatz benötigt



Deshalb ist es wichtig, dass für die ambulante Versorgung auch in Zukunft ausreichend viele Generalisten ausgebildet werden. Um dies zu erreichen, setzen wir uns ein für:

- eine stärkere Ausrichtung des Medizinstudiums an der Versorgung, z .B. durch ein Pflichtpraktikum in einer Hausarztpraxis
- die Verbesserung der allgemeinmedizinischen Weiterbildung
- die Förderung von Generalisten über Bedarfsplanung und Zulassungsrecht

# Basisversorgung verbessern statt nur weitere Spezialisierung

Hausärzte sind das Fundament einer guten Versorgung

- In der spezialisierten Versorgung ist der Aufbau doppelter Strukturen in der ambulanten und stationären Versorgung zu vermeiden.



Deshalb schlagen wir vor, die fachärztliche Versorgung neu zu strukturieren:

- Trennung der allgemeinen und spezialisierten Fachgruppen in der Bedarfsplanung
- Beibehaltung der geltenden Zulassungssystematik für generalistisch tätige Fachärzte
- Eigene Planungsgrundlage für spezialisierte Leistungsbereiche
- Sektorenübergreifende Bedarfsermittlung und Zulassungssteuerung
- Erteilung befristeter Versorgungsaufträge
- Ausschreibung definierter Versorgungsverträge

Vielen Dank!      2. Teil: Dr. Partsch



1. Kooperation statt Einzelkämpferdasein

2. Basisversorgung verbessern statt nur weitere Spezialisierung

**3. Finanzielle Ausgangssituation**

4. Kostentreibende Morbiditätsmessung

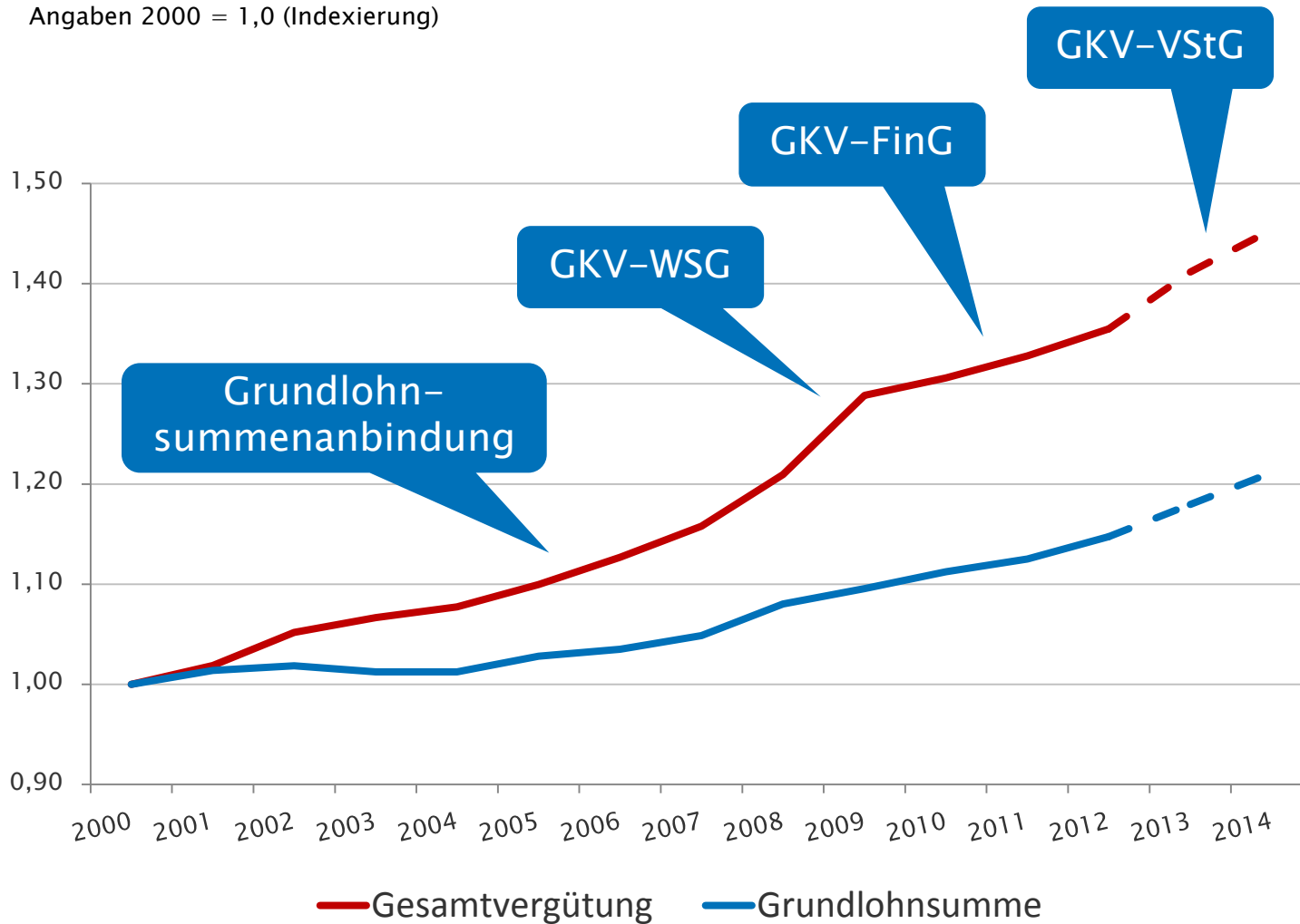
5. Verteilungsprobleme

# Vergleich der Entwicklung der vertragsärztlichen Gesamtvergütung und der GKV-Grundlohnsumme

Angaben 2000 = 1,0 (Indexierung)



Spitzenverband

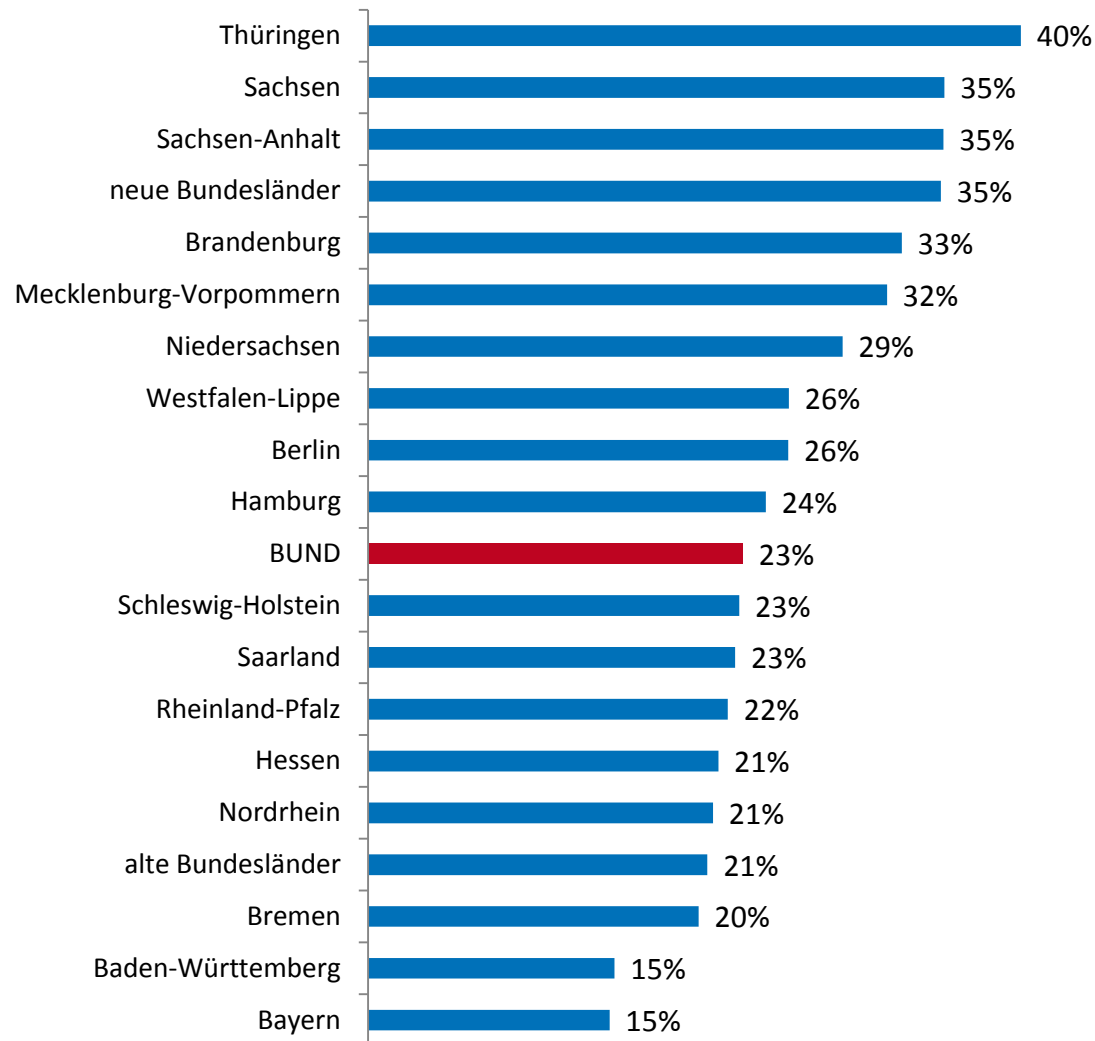


GKV-WSG: GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz; GKV-FinG: GKV-Finanzierungsgesetz;  
GKV-VStG: GKV-Versorgungsstrukturgesetz



# Hohe Vergütungssteigerungen in den letzten Jahren!

Angaben Veränderung Gesamtvergütung in % für den Zeitraum von 2007 bis 2013\*; Quelle: GKV-Spitzenverband



\*Schätzung für 2013

1. Kooperation statt Einzelkämpferdasein

2. Basisversorgung verbessern statt nur weitere Spezialisierung

3. Finanzielle Ausgangssituation

**4. Kostentreibende Morbiditätsmessung**

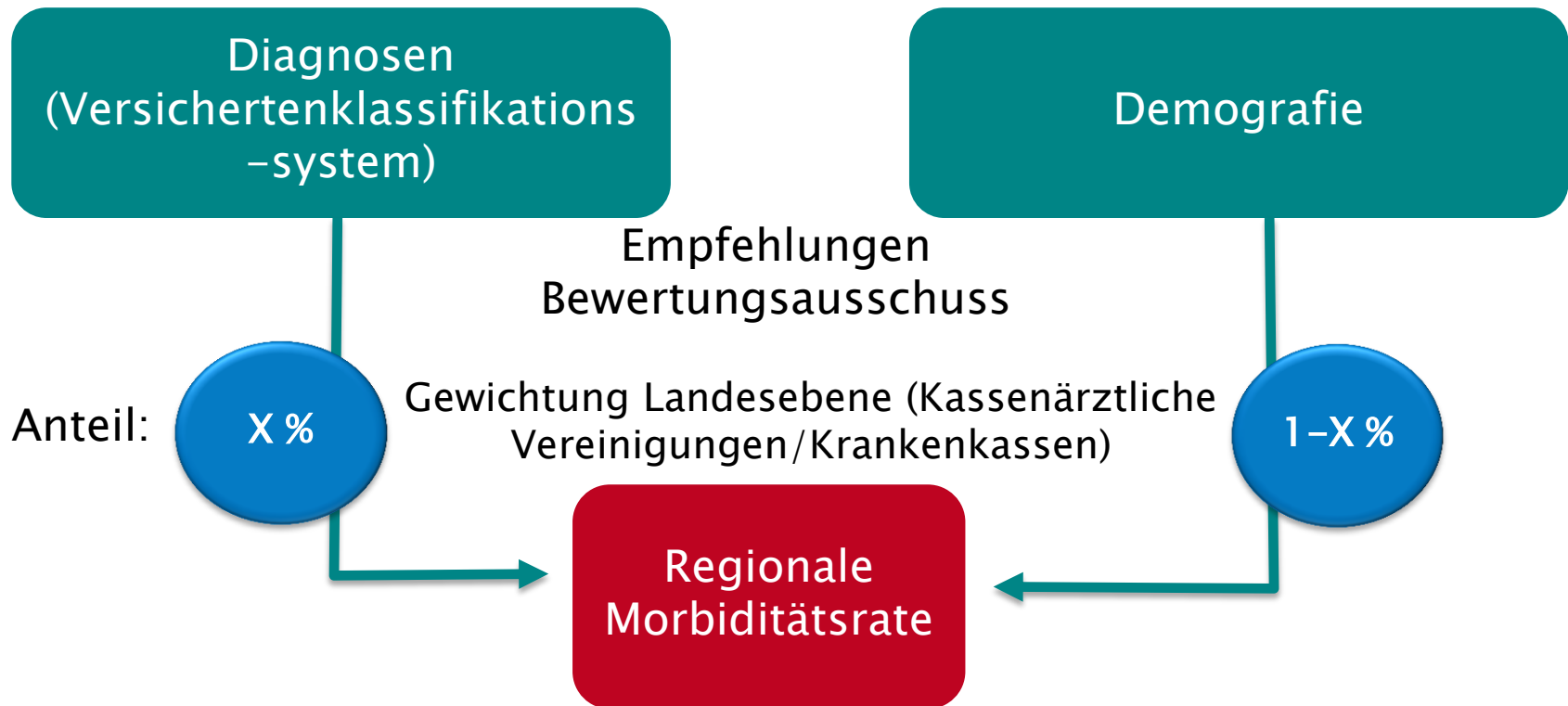
5. Verteilungsprobleme

# Morbiditätsmessung in der vertragsärztlichen Vergütung

- ▶ Seit 2009 übernehmen die Krankenkassen die Finanzierung des Morbiditätsanstiegs, aber nicht die durch Ärzte erzeugte angebotsinduzierte Leistungsmengenausweitung;
  
- ▶ Problem: Die Messung des Morbiditätsanstiegs beruht überwiegend auf den durch die Ärzte selbst kodierten Diagnosen und nicht auf einer unabhängigen Morbiditätsmessung:
  - Grundsätzlich haben die Ärzte damit ein Interesse, möglichst viele und schwere Diagnosen zu kodieren, um eine höhere Morbidität und damit eine höhere Vergütung zu erzeugen;
  - demgegenüber spielt eine erfolgreiche Behandlung des Patienten eine untergeordnete Rolle.

# Morbiditätsvergütung

(§ 87a Abs. 4 und 5 SGB V)



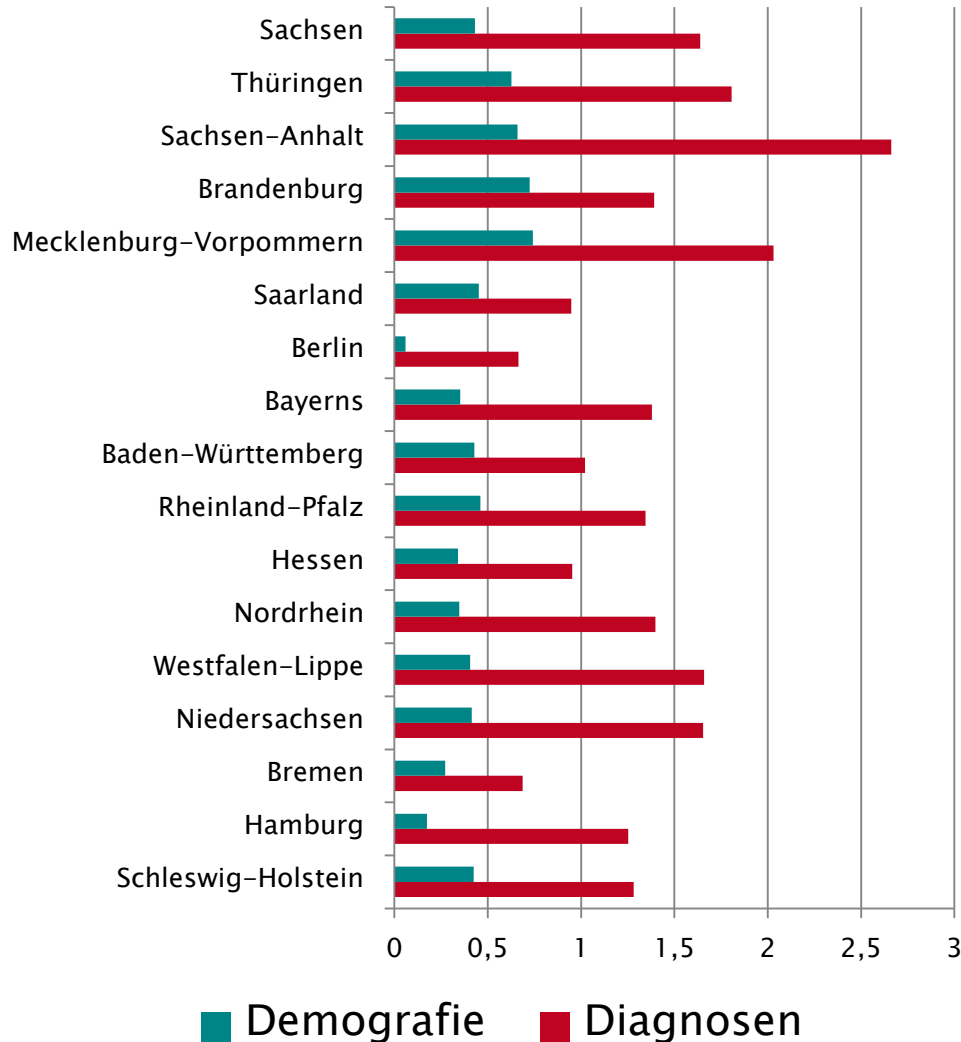
# Vergleich demografische und diagnosebezogene Veränderungsrate

...die Unterschiede liegen zwischen dem 2-fachen und dem 11-fachen!

Angaben in % nach Kassenärztlichen Vereinigungen für 2014



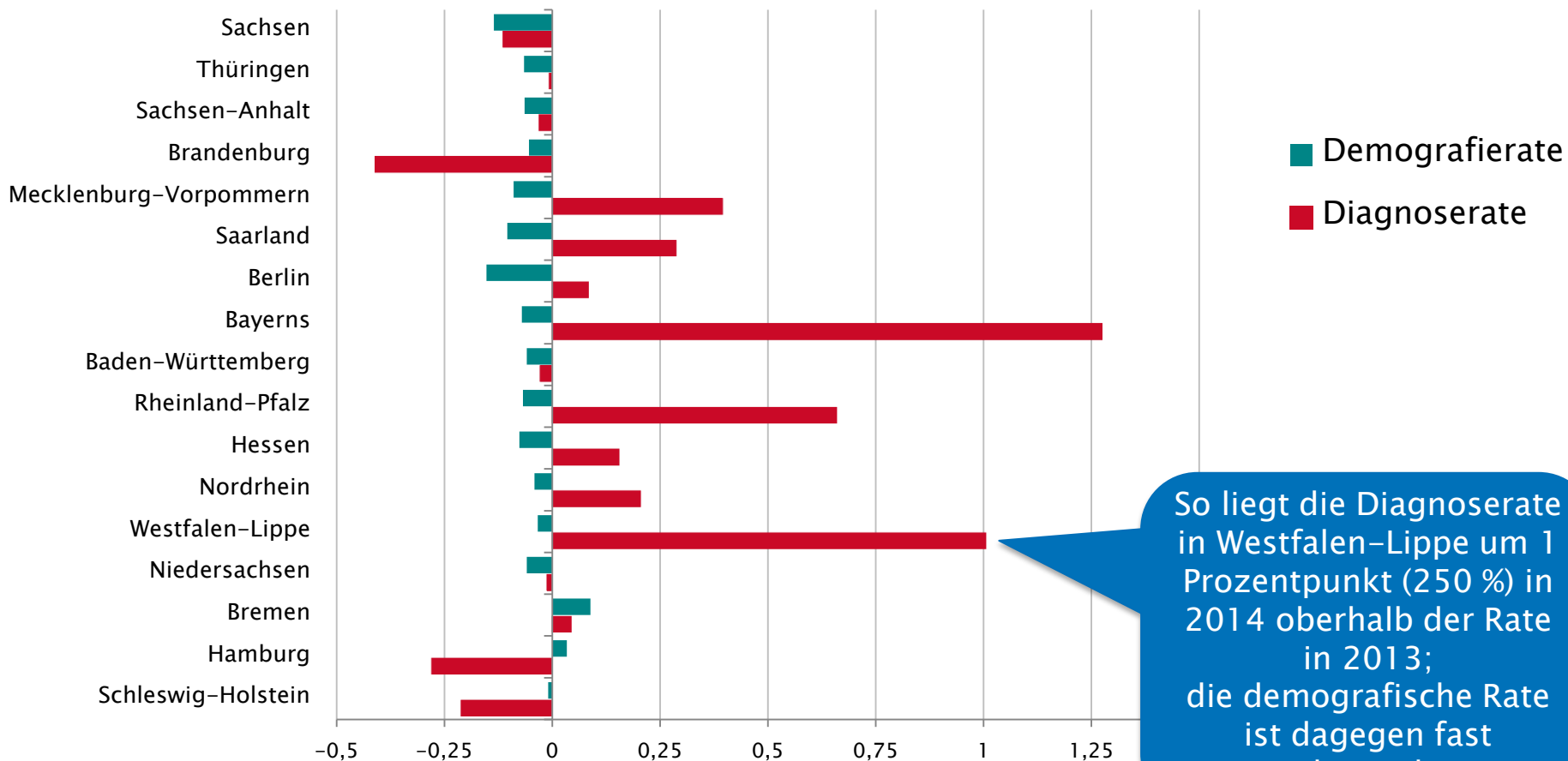
Spitzenverband



- ▶ Es gibt bisher keine Erklärungsansätze für die hohen diagnosebezogenen Veränderungsrate und die erheblichen Unterschiede zwischen den Raten!
- ▶ Die Ergebnisse scheinen vom regionalen Kodierverhalten der Ärzte stark beeinflusst zu sein! Es gibt keine bundeseinheitlichen Kodiervorgaben.

# Die Diagnoseraten weisen deutlich höhere jährliche Schwankungen auf als die Demografieraten!

Abstand der jeweiligen Veränderungsrate 2014 zu 2013 in Prozentpunkten



So liegt die Diagnoserate in Westfalen-Lippe um 1 Prozentpunkt (250 %) in 2014 oberhalb der Rate in 2013; die demografische Rate ist dagegen fast identisch.

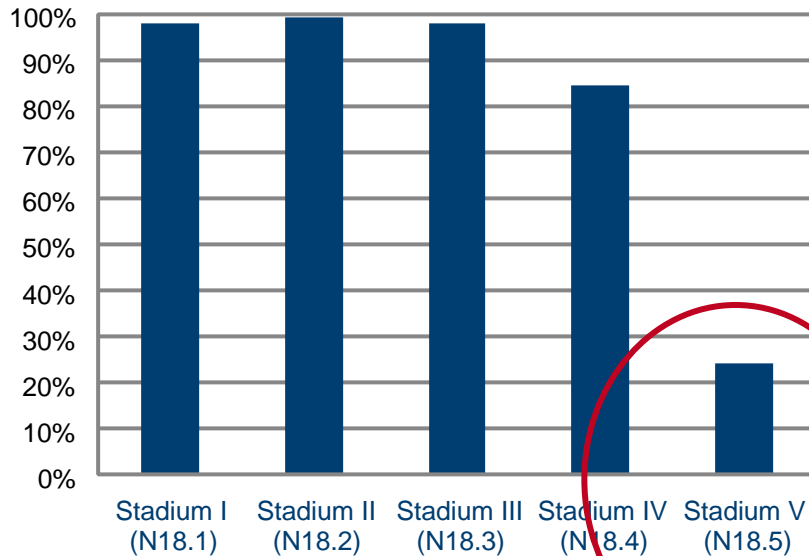
# Kodierqualität ist zweifelhaft: Überkodierung 1



Spitzenverband

## Beispiel: Chronische Nierenerkrankung

Abbildung 53: Anteil der Versicherten mit chronischer Niereninsuffizienz, die keine ambulante oder teilstationäre Dialyse erhalten haben, % (2010)



Quelle: Eigene Berechnungen IGES [Versicherte mit 365 Vers.tage 2010; nur gesicherte vertragsärztliche Diagnosen; alle Fachgruppen]

- ▶ Jeder 4. Patient mit einer kodierten chronischen Nierenerkrankung im Stadium V erhält keine Dialyse, obwohl eine Dialysepflicht vorliegt; dieses Ergebnis spricht für eine Überkodierung.
- ▶ Stadium V bezeichnet eine glomeruläre Filtrationsrate unter  $15 \text{ ml/min/1,73 m}^2$  Körperoberfläche, ab der eine Dialysepflicht besteht

Keine Dialyse, obwohl entsprechend der ärztlichen Kodierung eine Dialysepflicht bestehen müsste!

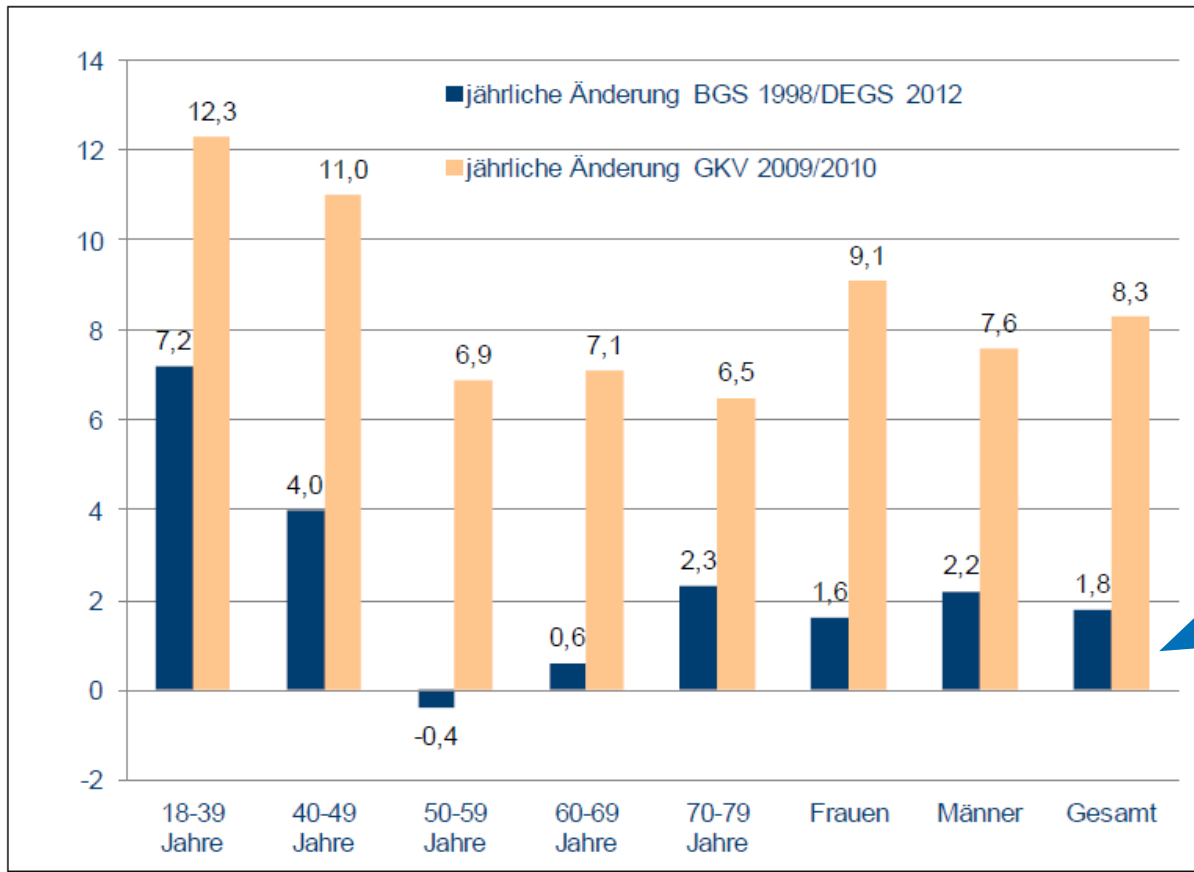
# Kodierqualität ist zweifelhaft: Überkodierung 2



Spitzenverband

## Beispiel: Diabetes

Abbildung 18: Jährliche Prävalenz-Veränderung in % bei Diabetes mellitus; Vergleich Bundesgesundheits-survey und DEGS 2012 versus GKV



▶ Während sich die Zahl der Diabetiker gemäß der Diagnosemessung um jährlich 8 % verändert, steigt diese Anzahl im Bundesgesundheits-survey des RKI nur um knapp 2 %.

Deutlich höhere Steigerungsraten der Diagnosekodierung gegenüber Gesundheits-berichterstattung (RKI)

Quelle: IGES nach DEGS 2012 (Heidemann et al. 2012) (Anmerkung: BGS und DEGS alters- und geschlechtsadjustiert auf Wohnbevölkerung von 2010)



# Lösungsansätze des GKV-Spitzenverbandes



- ▶ Die Morbiditätsentwicklung als Teil des demografischen Wandels wird ausreichend durch die demografische Rate berücksichtigt;
- ▶ Kurzfristige Lösung: *Höhere* Gewichtung der demografischen Raten, um den bestehenden Defiziten des diagnosebezogenen Verfahrens Rechnung zu tragen;
- ▶ Langfristige Lösung: die Einbeziehung unabhängiger Morbiditätskriterien aus der Gesundheitsberichterstattung anstelle der diagnosebezogenen Raten, um mittelfristig die Angemessenheit der medizinisch notwendigen Leistungsmenge besser beurteilen zu können;
- ▶ auch künftig wird der medizinisch-technische Fortschritt durch die Einführung und zusätzliche Vergütung von neuen Leistungen adäquat berücksichtigt;
- ▶ Vergütung muss sich stärker am Behandlungsergebnis (Qualität) orientieren und nicht am vom Arzt aufgeschriebenen Diagnosen.

1. Kooperation statt Einzelkämpferdasein

2. Basisversorgung verbessern statt nur weitere Spezialisierung

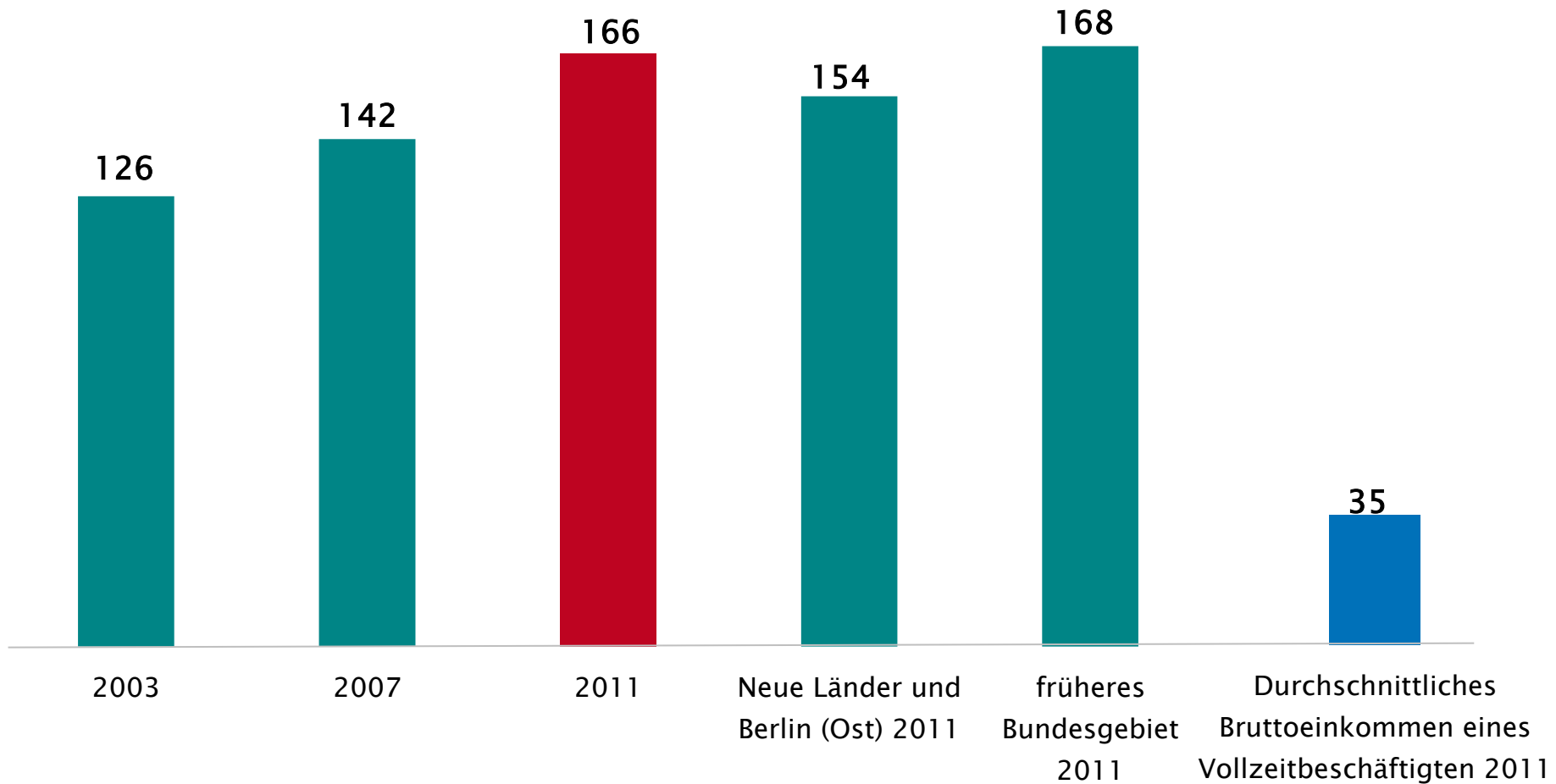
3. Finanzielle Ausgangssituation

4. Kostentreibende Morbiditätsmessung

5. Verteilungsprobleme

# Vergleich der Praxisüberschüsse (Reinertrag) je Praxisinhaber

Angaben: In Tausend Euro p. a.; Quelle: Statistisches Bundesamt; Bruttoeinkommen eines bundesdeutschen abhängig Beschäftigten (Statistisches Bundesamt)

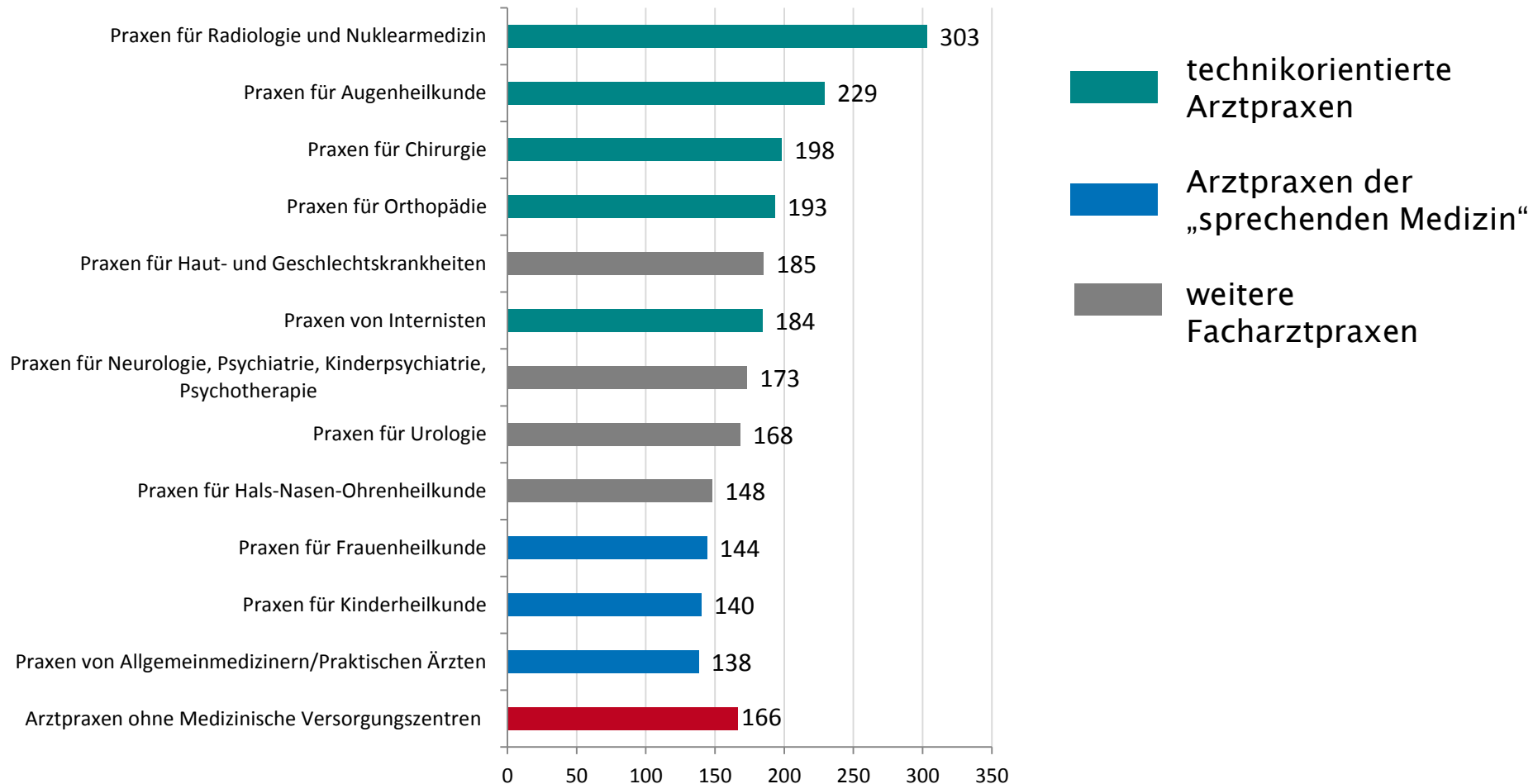




Spitzenverband

# Ungleichverteilung der Arzteinkommen

Angaben Reinertrag je Praxisinhaber in Tausend Euro 2011 (Gesamteinnahmen einschl. Privateinnahmen); Quelle: Statistisches Bundesamt



# Verteilung der Arzteinkommen auch bei den GKV-Überschüssen sehr ungleich



## Ursachen:

- 1) Die für die Kalkulation im EBM erforderlichen Annahmen zum Zeitbedarf vieler Leistungen sind zu hoch und
- 2) die kalkulierte Vergütung wird auch dann noch in voller Höhe bezahlt, wenn die fixen Praxiskosten bereits gedeckt sind, wovon besonders technikorientierte Arztgruppen profitieren.

# Lösungen GKV–Spitzenverband Honorarverteilung



- ▶ Honorarverteilung gemeinsam durch KVen und Krankenkassen; Ziel: stärkere Patientenorientierung (z. B. bedarfsorientierte Zuordnung der Honorare)
- ▶ Anreiz zur Leistungsmengenausweitung von technischen Leistungen wird durch die Neubewertung im EBM reduziert
  - ▶ Überprüfung und Aktualisierung der Kostengrundlagen für die Kalkulation der Leistungsbewertungen.
  - ▶ Plausibilisierung und Korrektur der Zeitannahmen mit Hilfe der Abrechnungsdaten.
  - ▶ Die Vergütung der fixen Kosten erfolgt als Pauschale je Fall und wird auf eine bestimmte Fallzahl begrenzt, um Anreize für eine Mengenausweitung insbesondere von technischen Leistungen zu verhindern.
  - ▶ Der variable Kostenanteil, insbesondere die Arbeitszeit des Arztes, wird wie bisher leistungsbezogen vergütet.

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

