



„Ärzteversorgung in den Kommunen aus Sicht der Ersatzkassen“

Michael Mruck

Leiter des Referates „Ambulante Versorgung“



Gesundheitspolitisches Seminar des StGB NRW
am 11. Oktober 2018 in Düsseldorf

Agenda

Vorüberlegungen

Handlungsmöglichkeiten

Beispiele aus dem Versorgungsmanagement

Fazit und Handlungsbedarf

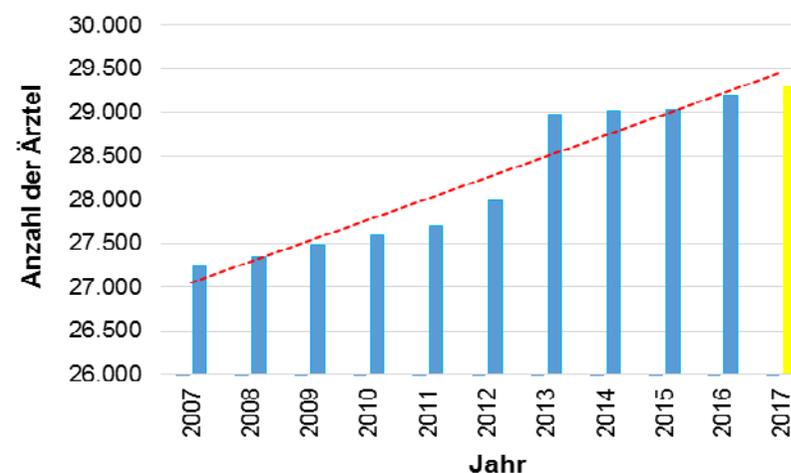
Ambulante ärztliche Versorgung in NRW: nach wie vor „viel Geld und viele Ärzte“

Entwicklung der Gesamtvergütung in der ambulanten Versorgung in NRW



- Die Krankenkassen in NRW geben derzeit knapp 8,0 Mrd. Euro aus.
- In den letzten 10 Jahren betrug der Honorarzuwachs fast 2,5 Milliarden Euro.

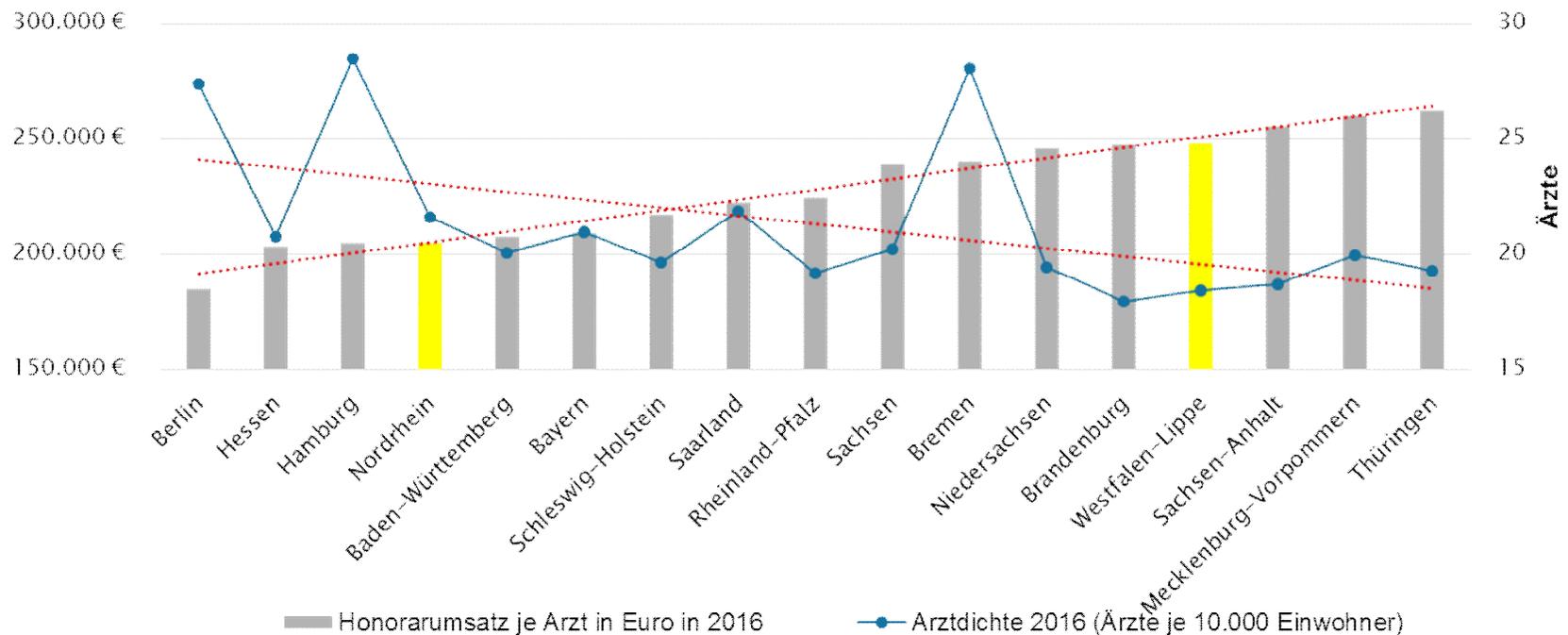
Entwicklung der Anzahl der Haus- und Fachärzte in der ambulanten Versorgung NRW (inkl. Psychotherapeuten)



- Seit dem Jahr 2007 ist die Anzahl der Ärzte in NRW um über 2.000 gestiegen.
- Insgesamt sind im Jahr 2018 fast 29.500 Ärzte in NRW ambulant tätig.

Quelle: Eigene Berechnungen, Bedarfsplanung NRW

Die Honorarhöhe hat keinen signifikanten Einfluss auf die Niederlassungsentscheidung der Ärzte



In den ostdeutschen Bundesländern war der Honorarumsatz im Jahr 2016 mit durchschnittlich 250.000 Euro je Arzt deutschlandweit am höchsten. Zugleich bestand dort die geringste Arztdichte mit rund 19 Ärzten je 10.000 Einwohnern.

Quelle: Honorarbericht KBV, eigene Berechnungen

Das zentrale Problem ist nach wie vor die Konzentration in den städtischen Zentren

Verhältnis Einwohner je Arzt bei Hausärzten:

Bund	1.671 Einwohner/Arzt
NRW	1.664 Einwohner/Arzt
Nordrhein	1.609 Einwohner/Arzt
Westfalen-Lippe	1.733 Einwohner/Arzt
Köln	1.563 Einwohner/Arzt
Münster	1.578 Einwohner/Arzt
Gütersloh	2.004 Einwohner/Arzt

Quelle: Eigene Berechnungen

Bedeutet viel Geld und viele Ärzte auch eine gute Versorgung? Einige relevante Vorüberlegungen

Strukturebene

- Derzeitiges System:
Häufig noch das Ideal der Einzelpraxis mit Einzelverrichtung.
- Es gibt zwar nach wie vor viele Ärzte in NRW; die Ärzte sind aber nicht durchgängig da, wo sie gebraucht werden.
- Auch die hausärztliche Versorgung ist noch gut; aber es gibt Ausdünnungseffekte in ländlichen Regionen.
- Weiterhin unbefriedigend:
Ärzte können sich nach wie vor auch in überversorgten Regionen niederlassen.

Prozessebene

- Regelversorgung ist vorrangig auf Preis- und Mengenwachstum ausgerichtet; Prozessinnovationen sind häufig nachrangig.
- Insbesondere ältere und chronisch kranke Patienten benötigen abgestimmte Versorgungsabläufe.
- Zukunftsthemen, wie Delegation und Substitution, sind im Bewusstsein der Ärzte nur teilweise angekommen.
- Digitalisierung findet – wenn überhaupt – nur in Form von Insellösungen statt.
- Es gibt nach wie vor zu wenig kooperative Versorgungsmodelle.
- Auch sektorübergreifende Ansätze sind noch zu wenig vorhanden.

Fördern und Fordern; Handlungsfelder zur Verbesserung der ärztlichen Versorgung

Bedarfsplanung

- Sperrung ab 100 Prozent
- Praxisaufkauf in überversorgten Planungsbezirken

Verträge/ Vereinbarungen

- Strukturfonds (§ 105 Absatz 1a SGB V)
- Quereinsteigerprogramm

Kooperation/ Delegation

- Praxisnetze
- Einsatz von nicht-ärztlichem Fachpersonal

Sektorübergreifende Versorgung

- Geriatrische Versorgung
- Notfallversorgung



Strukturebene



Prozessebene

Sperrung von hausärztlichen Planungsbezirken
ab einem Versorgungsgrad von 100 Prozent





Eine Sperrung von hausärztlichen Planungsbezirken ab 100 Prozent wurde bereits erfolgreich in Nordrhein praktiziert

- Im Bereich der KV Nordrhein wurden bis Mitte 2016 alle hausärztlichen Planungsbezirke mit einem Versorgungsgrad über 100 Prozent gesperrt (§ 67 Bedarfsplanungs-Richtlinie).
- Die Maßnahme war durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) allerdings befristet. GKV und KV Nordrhein haben sich daher gemeinsam gegenüber dem G-BA für eine Entfristung eingesetzt. Hierüber hat der G-BA bislang noch nicht entschieden.



Strukturebene

Das Ergebnis ist eine ausgewogenere Verteilung der Hausärzte gerade in ländlichen Bereichen

Versorgungsgrad	01.01.2013	01.07.2013	01.07.2014	01.07.2015
Mittelbereiche unter 75 %	3	1	1	1
Mittelbereiche zwischen 75 und 100 %	33	29	20	23
Mittelbereiche zwischen 100 und 110 %	28	31	41	42
Mittelbereiche über 110 %	30	33	32	28



Quelle: KV Nordrhein

Praxisaufkauf in überversorgten Planungsbezirken



Das Grundproblem der ungleichen Verteilung; der Aufkauf von Praxen muss verpflichtend werden

- Nach § 103 Absatz 3a SGB V können Kassenärztliche Vereinigungen Praxen in überversorgten Regionen aufkaufen.
- Hierbei handelt es allerdings nur um eine Soll-Vorschrift, die zudem noch diverse Ausnahmetatbestände vorsieht.
- Diese Rechtsvorschrift wurde daher bislang nur sehr wenig genutzt. Bundesweit wurden nur rund 70 Anträge auf Nachbesetzung von Vertragsarztsitzen abgelehnt.
- In NRW gab es einen entsprechenden Fall.
- Ordnungspolitisch ist die Regelung sensibel; aber die Versorgung muss im Vordergrund stehen.

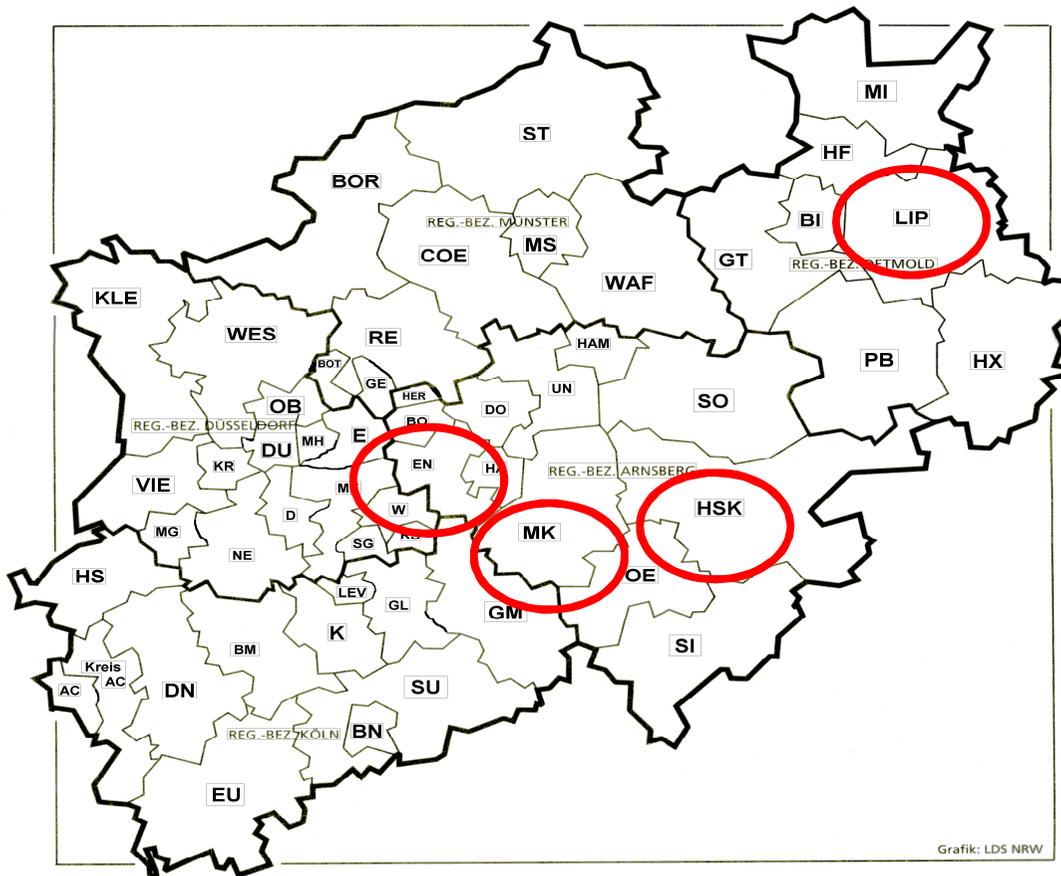


Strukturebene

Strukturfonds nach § 105 Absatz 1a SGB V



Die Einrichtung eines Strukturfonds in Westfalen-Lippe hat sich bewährt



Strukturfonds 2018:

- Finanzvolumen 2,5 Mio. Euro (häufig durch KV/KK)

Fördermaßnahmen (beispielhaft):

- Praxisdarlehen (jeweils 50.000 Euro) in Breckerfeld und Lage
- Umsatzgarantien (Lage)
- Kostenzuschüsse für Praxisinfrastruktur (Schmallenberg)



Strukturebene

Programm zum „Quereinstieg“
in die hausärztliche Versorgung



„Quereinstieg“ in die hausärztliche Versorgung

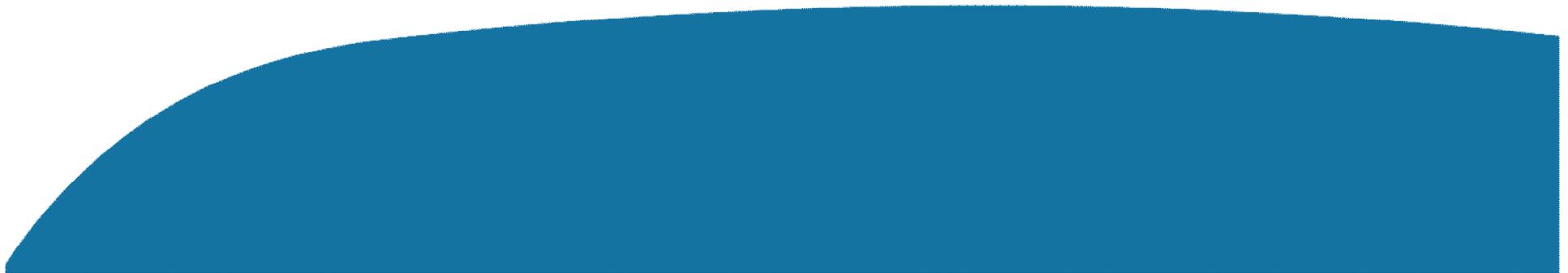
Um Krankenhausärzten den „Quereinstieg“ in die hausärztliche Versorgung zu erleichtern, haben sich Kassenärztliche Vereinigungen, Ärztekammern und die GKV auf ein attraktives Fördermodell mit den nachfolgenden wesentlichen Inhalten verständigt:

- Qualifizierungsjahr („training on the job“) für stationär tätige Allgemeininternisten.
 - Erwerb des Facharztes für Allgemeinmedizin in einer deutlich verkürzten Weiterbildungszeit (z. B. 12 Monate für Allgemeininternisten).
 - Finanzielle Unterstützung bis zu maximal 9.500 Euro monatlich im Rahmen des Förderprogramms nach § 75a SGB V und über den Strukturfonds nach § 105 Absatz 1a SGB V.
- ❖ Hinweis: Die weiterbildende Praxis muss in einer Gemeinde mit max. 40.000 Einwohnern liegen.



Strukturebene

Praxisnetze in Nordrhein-Westfalen



In NRW existieren bundesweit die meisten Praxisnetze; der Nukleus liegt in Westfalen-Lippe

Westfalen-Lippe:

- Anzahl Praxisnetze: 73
- davon anerkannt: 21

Nordrhein:

- Anzahl Praxisnetze: 52
- davon anerkannt: 7



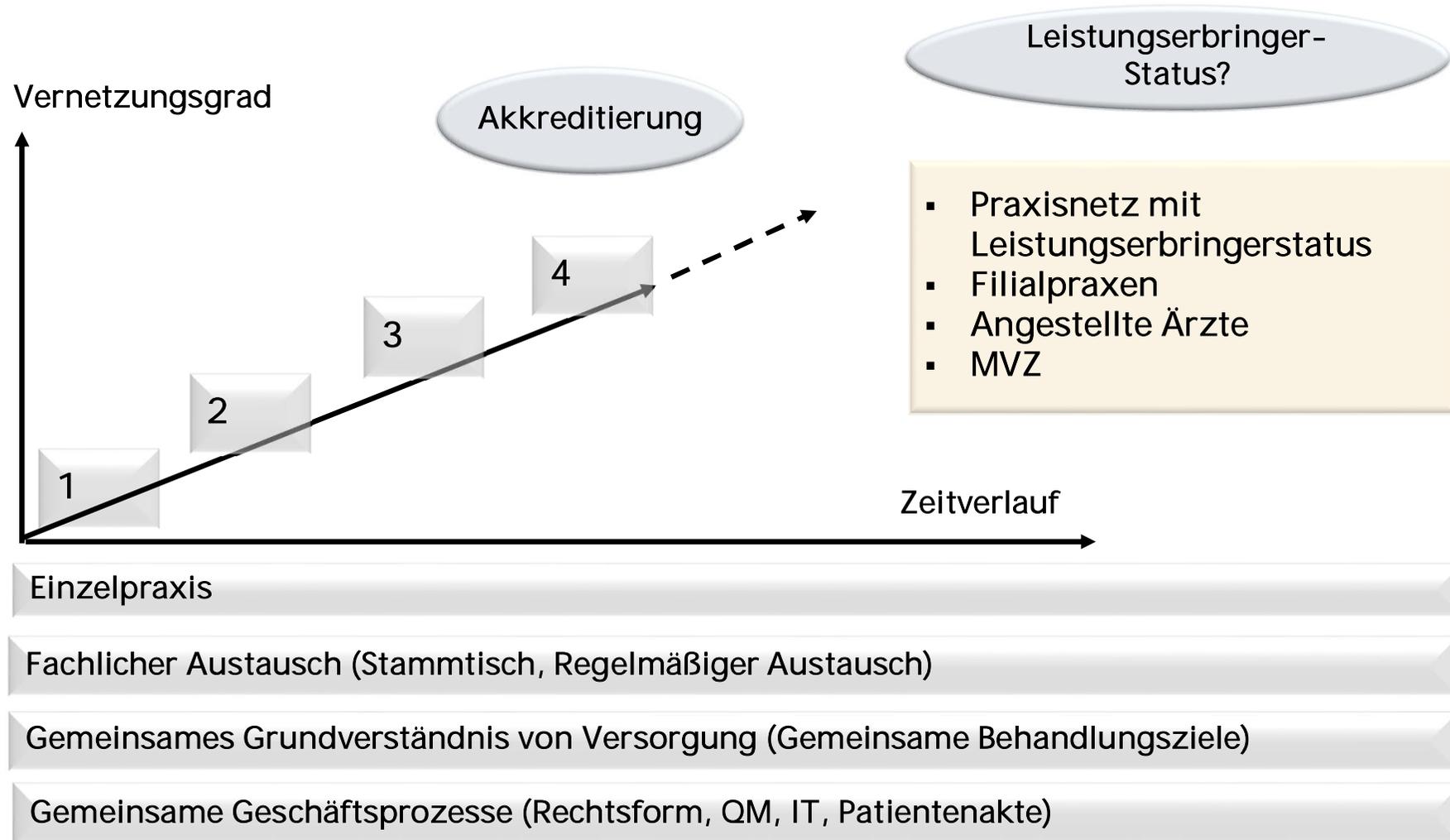
*in Klammern: Anzahl jeweils anerkannter Praxisnetze



Prozessebene

Quelle: KBV/Agentur deutscher Arztnetze e. V.

Quantität bedeutet nicht immer Qualität; der Organisationsgrad der Netze ist sehr unterschiedlich

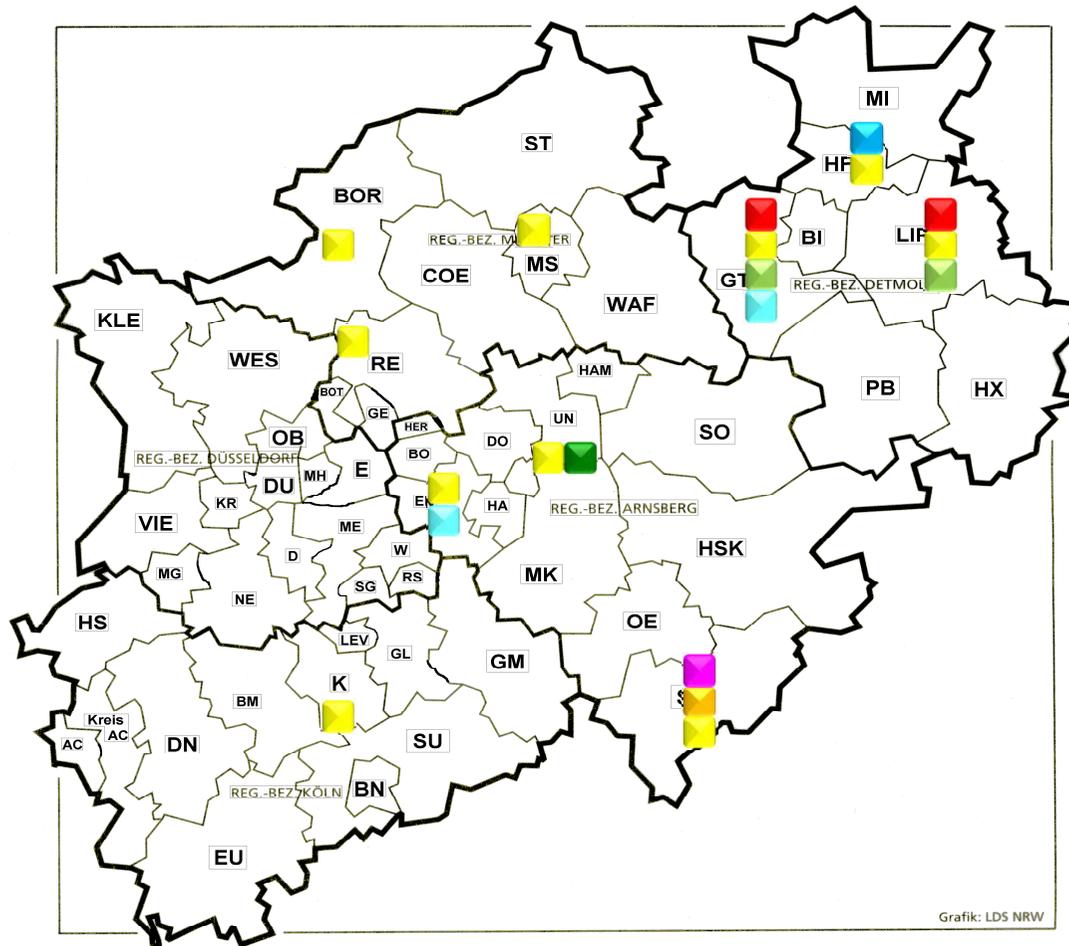


Die Krankenkassen in NRW fördern die Netze bereits seit Jahren finanziell; zusätzlich existieren noch diverse Sonderverträge



Was bedeutet das alles konkret für die Versorgung der Patienten?

Netze mit besonderen Leistungsschwerpunkten

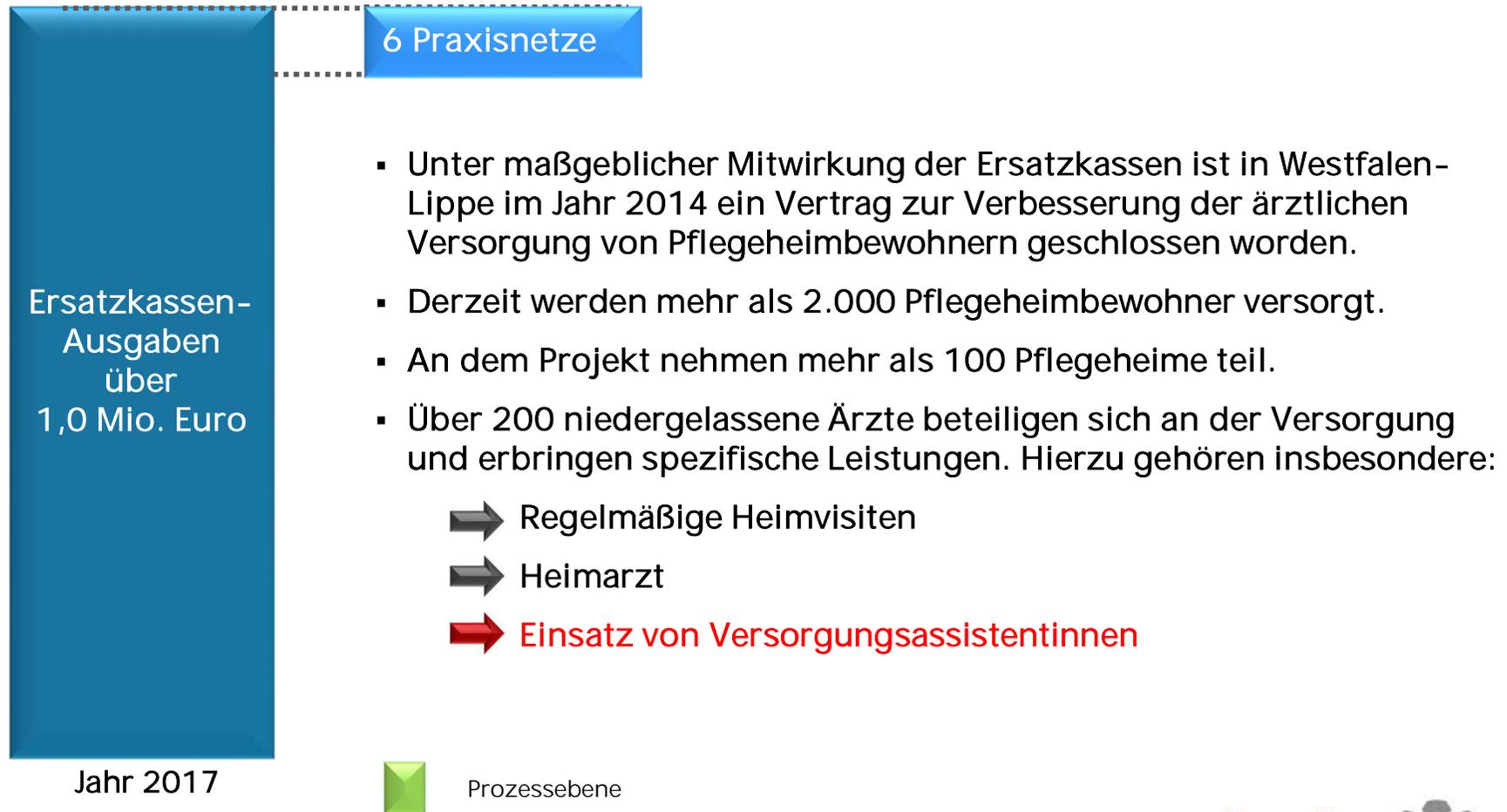


-  Pflegeheimverträge
-  Geriatrieversorgung
-  Palliativversorgung
-  Elektronische Arztvisite
-  Wundversorgung
-  Polypharmazie
-  Elektronische Patientenakte
-  Schlaganfall

Einsatz von nichtärztlichem Fachpersonal Beispiel: Pflegeheimverträge in NRW



Der Pflegeheimvertrag in Westfalen-Lippe ist das derzeit prominenteste Beispiel für ein koordiniertes Versorgungsmodell mit diversen Prozessinnovationen



Quelle: Formblatt 3

An Delegation führt zukünftig kein Weg vorbei – der Bundesvergleich zeigt Potential für NRW

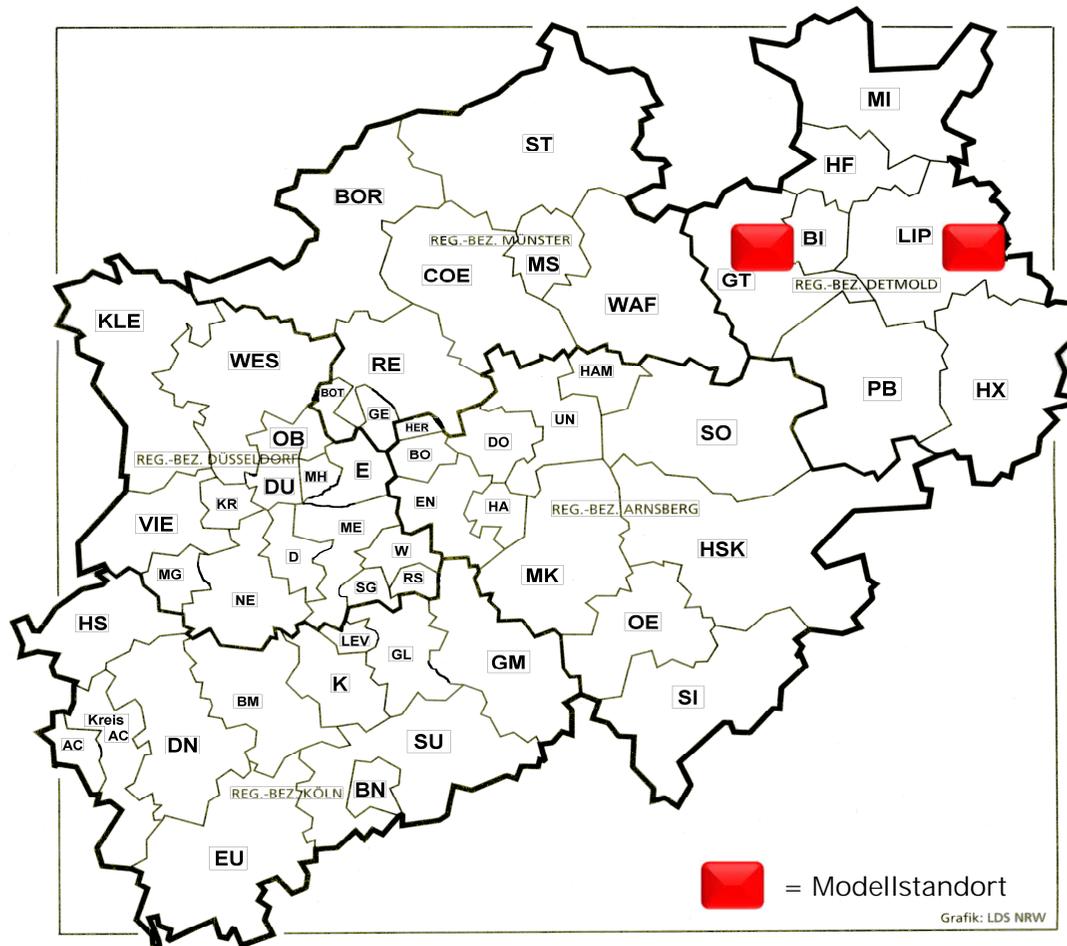
- In NRW stehen derzeit rund 11.000 tätigen Hausärzten rund 2.400 nichtärztliche Versorgungsassistentinnen gegenüber.
- Bundesweit werden pro 1.000 Versicherte 6,37 Hausbesuche delegiert. In NRW beträgt die Quote nur 4,65/1.000 (-37 %).
- Die auf Bundesebene bereits im Jahr 2016 im Bewertungsausschuss vereinbarten Mittel zur Finanzierung von Leistungen durch Entlastende Versorgungsassistenten (EVA) wurden auch in NRW nur zu zwei Dritteln verbraucht.
- Die Ausweitung der Delegation schafft Kapazitäten für ärztliche Aufgaben. 15 % mehr delegierte Hausbesuche entsprechen umgerechnet 65 Hausärzten.*
- Rund 65 % der Hausärzte in NRW bewerten die Möglichkeit der Delegation ärztlicher Leistungen positiv (Umfrage LZG NRW).

*Quelle: Eigene Berechnung

Geriatrische Versorgung in Westfalen-Lippe



Das Modellprojekt zur koordinierten geriatrischen Versorgung in Westfalen-Lippe ist das „jüngste Kind“ im Versorgungsmanagement



Projektstart:

November 2017

Beteiligte Netze/Ärzte:

- Lippe und Bielefeld
- 69 Ärzte

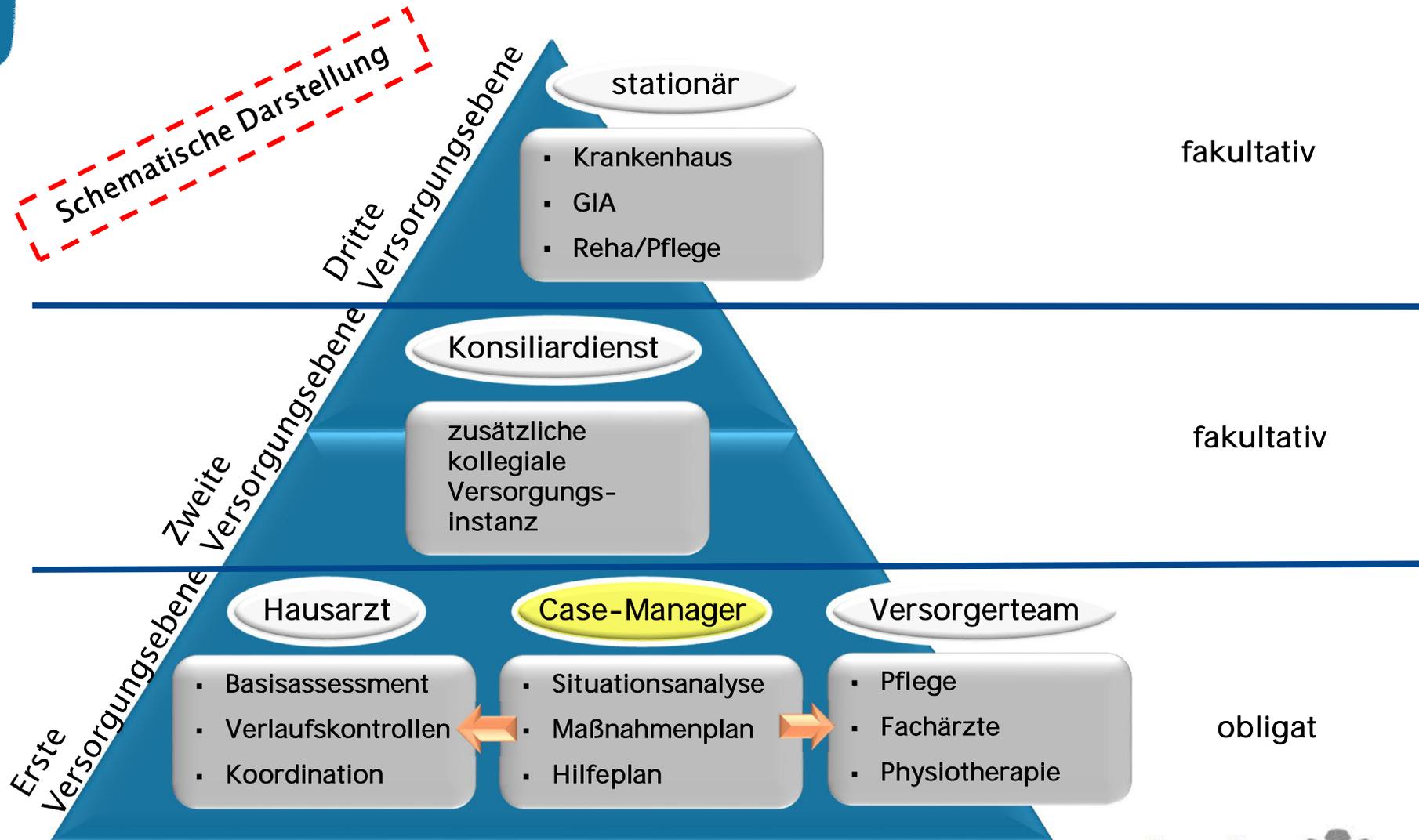
Beteiligte Krankenhäuser:

- Klinikum Lippe
- Klinikum Bethel

Fördervolumen KV:

600.000 Euro

Gestuftes Modell der koordinierten geriatrischen Versorgung; der Case-Manager hat eine zentrale Rolle



 Prozessebene

Notfallversorgung





Das Fehlen einer einheitlichen Organisationszuständigkeit führt zu Doppelstrukturen im ambulanten Notdienst

- Vertragsärztlicher Bereitschaftsdienst gehört zum Sicherstellungsauftrag der Kassenärztlichen Vereinigungen (§ 75 SGB V).
- Gesetzliche Verpflichtung zur Organisation des Notdienstes liegt auch bei den Ärztekammern (§ 30 Heilberufsgesetz NRW).
- Auch die Krankenhäuser sind aufgrund ihrer Abrechnungsgenehmigung (Dreiseitiger Vertrag nach § 115 Absatz 2 Nr. 5 SGB V) ein wesentlicher Akteur in der ambulanten Versorgung.



Prozessebene



Die ambulante Notdienstversorgung ist unübersichtlich, der Zugang den Patienten häufig nicht bekannt

- Der KV-Notdienst ist vielen Patienten nach wie vor nicht bekannt; die bundesweit gültige KV-Notdienstnummer (,116 117') ist vergleichsweise unbekannt.
- Demgegenüber hohe Bekanntheit der allgemeinen Notrufnummer ,112'.
- Der KV-Notdienst ist unübersichtlich organisiert; auch deshalb suchen Patienten häufig die Notfallambulanz des nächstgelegenen Krankenhauses auf.

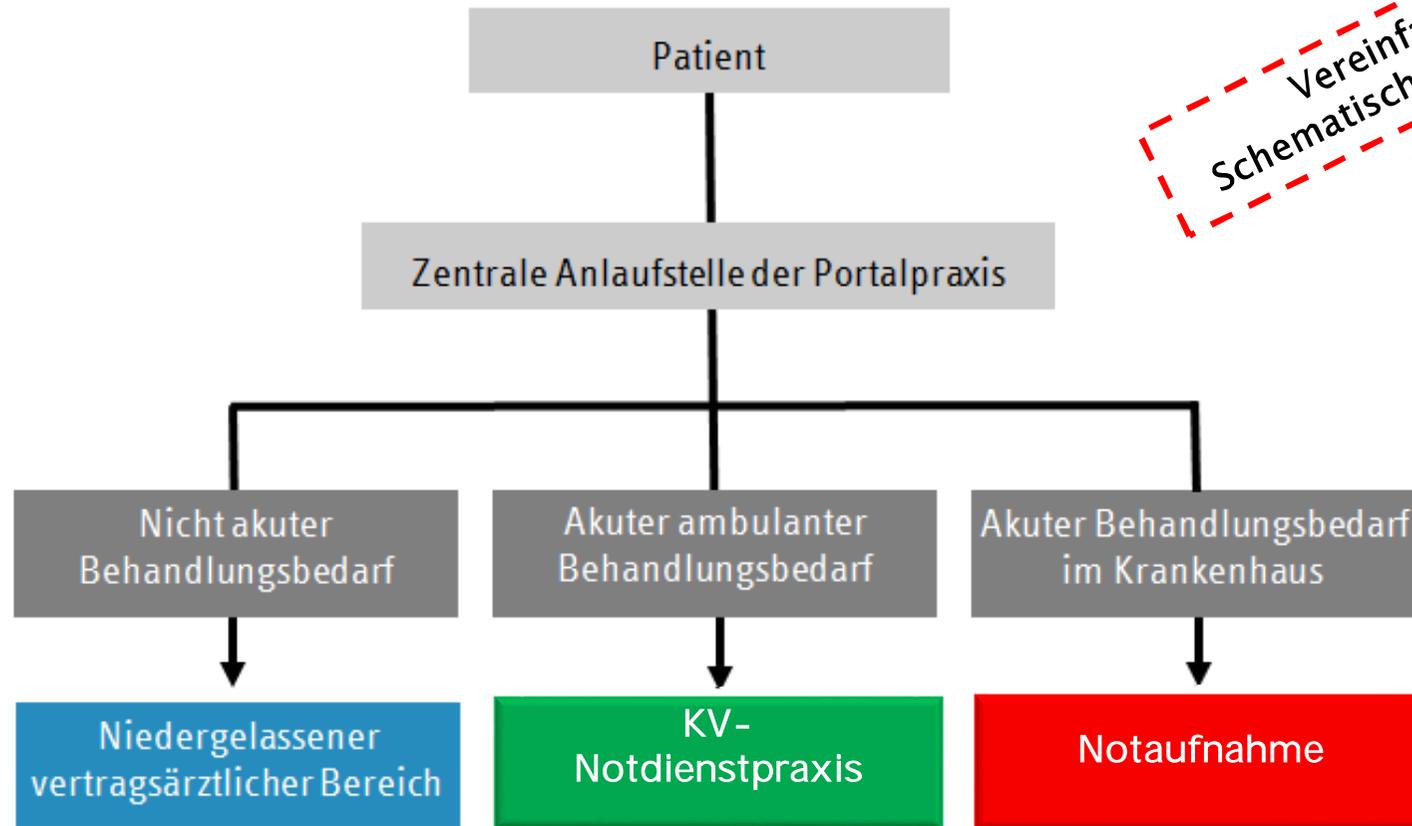
Auch Versorgungsdefizite im ambulanten Bereich führen zu Fehlinanspruchnahme der Notfallambulanzen

- Lange Wartezeiten auf Facharzttermine setzen Anreize zur Inanspruchnahme der Notaufnahmen der Krankenhäuser.
- Bei drohender zeitintensiver ambulanter Versorgungskette wählen Patienten teilweise den Weg in die Notfallambulanzen der Krankenhäuser.
- Auch das Abweisen von Patienten mit einem hohen Versorgungsaufwand führt zur zusätzlichen Fehlinanspruchnahme begrenzter stationärer Versorgungskapazitäten.

Die Ersatzkassen setzen sich bereits seit geraumer Zeit für die Einrichtung von Portalpraxen ein

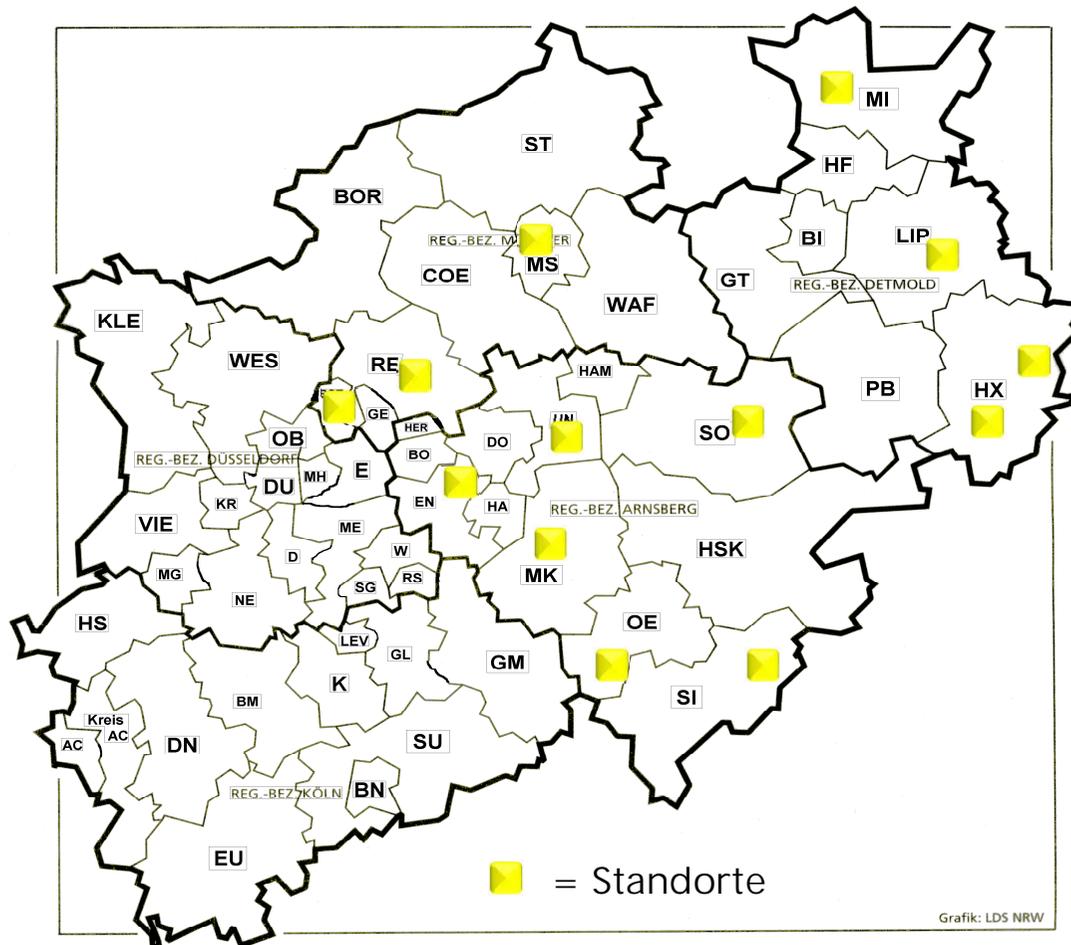
- Einrichtung von Portalpraxen an allen Krankenhäusern in NRW, die an der Notfallversorgung teilnehmen.
- „Gemeinsamer Tresen“ von ärztlichem Bereitschaftsdienst und stationären Notaufnahmen.
- „Triagierung“ aller Patienten und Überweisung in die notwendige ärztliche oder stationäre Behandlung.
- Einrichtung gemeinsamer Leitstellen von Kassenärztlichen Vereinigungen und Rettungsdienst; Zusammenlegung der Notrufnummern ,112‘ und ,116 117‘.
- Mittlerweile existieren hierzu auch inhaltlich vergleichbare Vorschläge des GKV-Spitzenverbandes, des AOK-Systems und des Sachverständigenrates.

Die Portalpraxis erfüllt als zentrale Anlaufstelle eine qualifizierte Steuerungsfunktion; sie hat zudem einen sektorübergreifenden Versorgungscharakter



Quelle: Eigene Darstellung nach: AQUA-Institut.

Wie ist die Versorgungsrealität? Mittlerweile existieren in Westfalen-Lippe bereits eine Reihe von „echten“ Portalpraxen



Portalpraxen in Westfalen-Lippe
(Stand:09/2018)

- | | |
|---------------|-------------|
| Bad Berleburg | Lüdenscheid |
| Brackel | Münster |
| Bottrop | Olpe |
| Gladbeck | Unna |
| Höxter | Witten |
| Lemgo | |
| Lippstadt | |
| Lübbecke | |

Quelle: KVWL

Portalpraxen sind ein gutes Beispiel für Struktur- und Prozessinnovationen mit direktem Patientennutzen

- Die Organisation der Notfallversorgung eignet sich hervorragend für sektorübergreifende Versorgungsmodelle.
- Über das Verschmelzen von stationären und ambulanten Angebotsstrukturen erreicht man „echte“ Versorgungsverbesserungen für die Patienten.
- Die Einrichtung von sogenannten Portalpraxen ist eine organisatorisch überlegene Organisationsvariante mit qualifizierter Steuerungsfunktion.
- Perspektivisch sollten auch KV-Notdienst und kommunale Rettungsleitstellen verschmelzen.

Fazit und Handlungsbedarf

- Bedarfsplanung als ordnungspolitisches Steuerungsinstrument sinnvoll. Im Sinne der Versorgung wären jedoch mehr Eingriffsmöglichkeiten wünschenswert.
- Strukturelle Fördermaßnahmen als abrundendes Element.
- Die einfache Forderung nach mehr Geld und mehr Ärzten greift zu kurz. Versorgungsverbesserungen entstehen primär durch Struktur- und Prozessinnovationen. Die Stichworte lauten hier Kooperation, Delegation und auch Digitalisierung.
- Sektorübergreifende Zusammenarbeit; auch das Verschmelzen von ambulanten und stationären Leistungsangeboten ist eine sinnvolle Option.
- Vieles läuft ins Leere, wenn Regionen nicht attraktiv sind; notwendig ist daher immer auch eine gute kommunale Infrastrukturpolitik.

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

Michael Mruck
Leiter des Referates „Ambulante Versorgung“
Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek)
Ludwig-Erhard-Allee 9, 40227 Düsseldorf
Tel.: 02 11 – 3 84 10 – 12
michael.mruck@vdek.com