

# ersatzkasse report.



IN DIESER AUSGABE FACHTAGUNG „Palliative Care – Medizinische Versorgung im letzten Lebensabschnitt“ | INNOVATIVER VERTRAG regelt Inkontinenzversorgung in Pflegeheimen | ZWISCHENBILANZ der neuen ärztlichen Bedarfsplanung

## BAYERN

VERBAND DER ERSATZKASSEN . DEZEMBER 2015

### ERSATZKASSEN IN BAYERN

Wir sind 3.373.776!



FOTO: Markus Marinka – Fotolia.com

Das sechste Jahr in Folge hält das Wachstum der Ersatzkassen an. Gegenüber dem Vorjahr nahm sowohl die Zahl der Mitglieder (Beitragszahler) als auch der Versicherten zu. In diesem Jahr verzeichnen die Ersatzkassen in Bayern ein Plus von 2,52 Prozent bei den Mitgliedern und von 1,84 Prozent bei den Versicherten. Das Wachstum hat sich beschleunigt: Beide Zuwachsraten liegen höher als im Jahr 2014. Aktuell sind mehr als 3,37 Millionen Einwohner Bayerns bei den sechs Ersatzkassen versichert. Folglich konnte die Wettbewerbssituation der Ersatzkassen im Freistaat verbessert und die Marktpräsenz ausgebaut werden. Ihr Marktanteil erhöhte sich gegenüber 2014 bei den Mitgliedern von 31,56 auf 31,85 Prozent und bei den Versicherten von 31,18 auf 31,47 Prozent.

Angesichts der neuen verschärften Wettbewerbsbedingungen unter den gesetzlichen Krankenkassen, die seit Jahresbeginn 2015 herrschen, sind das für die Ersatzkassen sehr erfreuliche Zahlen.

### NEUER PFLEGEBEDÜRFTIGKEITSBEGRIFF

## Demenzkranke werden umfassend in die Pflegeversicherung integriert

Die fünfte Säule des Systems der sozialen Sicherung in Deutschland wird grundlegend reformiert. Zum Reformvehikel wird dabei ein neuer Pflegebedürftigkeitsbegriff. Am Ende wird eine Pflegeversicherung 2.0 entstehen.

Die Einführung der sozialen Pflegeversicherung vor 20 Jahren war ein wichtiger Meilenstein in der Entwicklung der sozialen Sicherungssysteme in Deutschland. Der seit 1995 im Wesentlichen auf körperlichen Defizite ausgerichtete Pflegebedürftigkeitsbegriff führte zu einer Benachteiligung von an Demenz erkrankten Personen. Diese Schiefelage wurde zwar schon relativ früh erkannt. Und es wurden deshalb auch ab 2001 mehrere Gesetze zur Verbesserung der Situation Demenzerkrankter auf den Weg gebracht. Was fehlte, war eine systematische Neuausrichtung der Pflege am Grad der Selbständigkeit.

### 10 Jahre für die Vorbereitung der Reform

Der entscheidende und überfällige Schritt der Neuausrichtung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs wird nun mit dem Zweiten Pflegestärkungsgesetz erfolgen. Die Vorbereitungsarbeiten dafür nahmen viel Zeit in Anspruch und es bedurfte zweier

Expertenbeiräte und mehrerer Studien, um den Durchbruch zu erzielen. Bereits Ende 2006 hatte das Bundesministerium für Gesundheit den Beirat zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs eingesetzt. Drei Jahre später legte der Beirat seinen Umsetzungsbericht vor. Dessen wesentliches Ergebnis war die Neudefinition des Pflegebedürftigkeitsbegriffs, zu dessen Maßstab der Grad der Selbständigkeit erklärt wurde. Im Mai 2012 nahm der Expertenbeirat zur konkreten Ausgestaltung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs seine Arbeit auf. Mit seinem Abschlussbericht im Jahr 2013 erhielt die Politik die erforderlichen Eckpunkte zur Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs.

Bereits mit dem Pflege-Neuausrichtungsgesetz, das zum 1. Januar 2013 in Kraft trat, wurden neue beziehungsweise verbesserte Leistungen für Demenzkranke und ihre Angehörigen eingeführt. Während die erste Stufe der Pflegereform ab dem 1. Januar 2015 die Verbesserung und Dynamisierung von Leistungen,



# Revolution mit Ansage



von  
DR. RALF LANGEJÜRGEN  
Leiter der  
vdek-Landesvertretung  
Bayern

FOTO: viéck

Kaum sind 10 Jahre – nach den ersten zaghaften Reformenläufen im Jahre 2006 – ins Land gegangen, ist es auch schon so weit: der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff steht unmittelbar vor der Tür und mit ihm ein neues Pflegegradesystem, das endlich den Grad der Selbstständigkeit des Pflegebedürftigen in den Mittelpunkt stellt und endlich dafür sorgt, dass dementiell Erkrankte, den körperlich beeinträchtigten Pflegebedürftigen gleich gestellt werden.

Das Zweite Pflegestärkungsgesetz ist ein entscheidender Beitrag zu mehr Gerechtigkeit in der Pflegeversicherung. Für die Demenzkranken und ihre Angehörigen bringt es endlich die lang ersehnte Gleichbehandlung. Bemerkenswert dabei ist, dass sich auch die bereits voll integrierten Beziehler klassischer Pflegeleistungen nicht schlechter stellen, sondern sich besitzstandswahrend in das neue System einreihen.

Was kann es schöneres geben, als eine Revolution, an deren Ende sich viele besser stellen und buchstäblich niemand schlechter stellt. Das gibt es so in dieser Form wohl nur im deutschen Gesundheitswesen, wo auf Revolutionen gelegentlich Konterrevolutionen folgen, am Ende aber – dank der unermüdlichen Anstrengungen der Versicherten – viele mehr bekommen, sich aber niemand schlechter stellt als zuvor.



die Einführung des Pflegevorsorge-Fonds und eine Beitragsanpassung zur Finanzierung zusätzlicher Leistungen zum Ziel hatte, wird sich die zweite Stufe der Pflegereform der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs widmen.

## Fünf Pflegegrade statt drei Pflegestufen

Im Kern geht es um den Übergang vom klassischen Pflegestufen- zum neuen Pflegegradesystem. Dabei werden den Leistungsbeziehern der Pflegeversicherung ihre bisherigen Besitzstände garantiert. Das Gesetz sieht für Leistungsbezieher ohne eingeschränkte Alltagskompetenz einen einfachen Stufensprung, beispielsweise aus der Stufe 2 in den Grad 3, vor. Für an Demenz Erkrankte ist ein doppelter Stufensprung vorgesehen: das heißt, wer bisher Leistungen der Pflegestufe 2 erhält, wird in den Pflegegrad 4 übergeleitet. Bisherige Leistungsbezieher werden dadurch nicht schlechter gestellt.

## Dynamisierung von Leistungen gefordert

Inwieweit die Versicherten mehr Leistungen durch die zweite Stufe der Pflegereform erhalten, bleibt abzuwarten. Dies

## »Das Kriterium der Pflegebedürftigkeit ist der Grad der Selbstständigkeit des Menschen.«

hängt vor allem von der Festlegung der Leistungsbeträge durch den Gesetzgeber ab. Eine Anhebung der Leistungsbeträge ist wünschenswert, da die bisherigen Erhöhungen seit der Einführung der Pflegeversicherung nicht der Preisentwicklung für die Pflegevergütungen gefolgt sind. Die Ersatzkassen haben sich hierzu klar positioniert und eine an eine wirtschaftliche Kenngröße – beispielsweise die Preisentwicklung – gekoppelte und im Sozialgesetzbuch XI verankerte Dynamisierung der Leistungsbeträge gefordert. Mit einer solchen Regelung



FOTO: Gerhard Seybert – Fotolia.com

würde die Dynamisierung der Leistungen weitestgehend von der finanzpolitischen Diskussion entkoppelt.

## Pflegeversicherung 2.0 entsteht

Der seit langem von allen erwartete neue Pflegebedürftigkeitsbegriff wird mit dem zweiten Pflegestärkungsgesetz kommen und die bisherige ungleiche Behandlung von kognitiv und psychisch eingeschränkten Pflegebedürftigen im Vergleich zu körperlich Eingeschränkten beenden. Ein weitaus größerer Personenkreis von Versicherten kann zukünftig Leistungen der Pflegeversicherung erhalten. Die Ersatzkassen haben sich von Beginn an aktiv an der Diskussion zur Ausgestaltung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs beteiligt und die jetzt erreichte Gleichbehandlung von Pflegebedürftigen unabhängig von ihren Einschränkungen gefordert. Daher begrüßen sie ausdrücklich die anstehenden Veränderungen.

## Hohe Erwartungen

Die Erwartungen und Aufgaben, die mit der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs bei allen Beteiligten einhergehen – den Pflegebedürftigen und deren Angehörigen, den Pflegeeinrichtungen und den Pflegekräften, der Pflegeselbstverwaltung, den Pflegekassen, und letztendlich auch der Politik –, sind hoch. Klar ist, dass sie zu einer vollkommenen Neugestaltung des Leistungs-, Vertrags- und Vergütungsrechts führt – also zur Pflegeversicherung 2.0. ■

# Mehr an Versorgung – weniger an Administration

Seit dem 1. August 2015 regelt ein neuer Vertrag die Versorgung der Ersatzkassenversicherten mit Inkontinenzartikeln in vollstationären Pflegeeinrichtungen, der es verdient herausgestellt zu werden.

Die veränderten gesetzlichen Regelungen veranlassten den Verband der Ersatzkassen, alte Versorgungsverträge mit den Pflegeeinrichtungen und den Lieferanten der Inkontinenzartikel zu kündigen und ein grundlegend erneuertes Vertragswerk zu formulieren. Dabei verfolgte der vdek zwei Hauptziele. Zum einen sollte der Vertrag die Versorgung der Betroffenen verbessern und zum anderen sollten auch die Vertragspartner von einem Weniger an Administration profitieren.

## Vorteile für die Versicherten

Für die Versicherten wird die Versorgung mit Inkontinenzhilfen dahingehend erleichtert, dass sie nur noch eine Verordnung für die Erstversorgung benötigen.

## »In zwei Monaten wurde die Einschreibungsquote von 87 Prozent erreicht!«

Folgeversorgungen verlaufen dann komplett papierlos. Früher mussten Pflegeheime quartalsweise, manchmal sogar monatlich eine ärztliche Verordnung für die Hilfsmittel des Versicherten einholen. Eine Vorabgenehmigung der Krankenkasse, die früher teilweise notwendig war, entfällt. Die Pflegeeinrichtung muss lediglich alle zwölf Monate die Notwendigkeit der Versorgung gegenüber den Ersatzkassen erklären. Die Versorgung der Pflegebedürftigen in Heimen mit gewohnten Inkontinenzartikeln verläuft unverändert weiter.



FOTO Sherry Young – Fotolia.com

## Geringerer Verwaltungsaufwand

Die Pflegeheime profitieren von der deutlich verschlankten Verordnung, da ihr damit verbundener Verwaltungsaufwand sinkt. Künftige Abrechnungen mit den Ersatzkassen werden schnell und effizient auf dem elektronischen Wege erfolgen. Dies trägt zum Abbau des bürokratischen Aufwandes im Pflegeheim bei. Falls ein Pflegeheim einen klassischen Lieferanten, sei es ein Sanitätshaus oder ein Hersteller von Inkontinenzhilfen, der dem neuen Vertrag auch beigetreten ist, mit der Belieferung beauftragt, kann es den ohnehin geringen Verwaltungsaufwand weiter senken.

Der eindeutig messbare Rückgang der Bürokratie in den Pflegeheimen, den der neue Vertrag sicherstellt, führt zu einer Kostensenkung bei den Pflegeeinrichtungen und damit auch zu einer Absenkung der Pauschale, die die Ersatzkassen bis dahin an die Leistungserbringer gezahlt

haben. In Bayern ist sie von 33,00 auf 29,99 Euro pro Patient und Monat gesunken. Und dies ohne jegliche Abstriche bei der Qualität der Versorgung.

## Gesicherte Qualität

Stichwort Qualität. Diese stand von Anfang an ganz oben bei der Gestaltung des neuen Vertrages. Der Vertrag tritt in Kraft im sogenannten Bekanntmachungsverfahren. Der große Unterschied zwischen diesem Verfahren und einer Ausschreibung besteht darin, dass hier der Vertrag unter Qualitätsgesichtspunkten verhandelt wird und nicht zwingend das niedrigste Preisangebot den Zuschlag erhält.

Der Zugang zu den Vorteilen des neuen Vertrages ist denkbar einfach. Eine Pflegeeinrichtung oder ein Lieferant der Inkontinenzartikel braucht nur seinen Beitritt zum Vertrag zu erklären. Daraufhin folgt ein gesetzlich vorgeschriebenes und verwaltungsarmes Präqualifizierungsverfahren oder eine Einzelfallprüfung. Damit soll die Grundeignung des Geprüften, die Versorgung der Versicherten mit den Inkontinenzartikeln zu übernehmen, festgestellt werden.

Der innovative Vertrag über die Versorgung mit Inkontinenzhilfen in Pflegeheimen wurde übrigens mit der Freien Wohlfahrtspflege in Bayern ausgehandelt und wird schrittweise in den anderen Bundesländern umgesetzt. Die Attraktivität des neuen Vertrages für die bayerischen Leistungserbringer ist groß. Binnen der ersten zwei Geltungsmonate sind fast 87 Prozent aller potentiellen Teilnehmer dem Vertrag beigetreten. ■

# Fachtagung „Palliative Care – Medizinische Versorgung im letzten Lebensabschnitt“

Wie feiert man einen Geburtstag? Festlich ausgelassen oder eher zurückhaltend, aber dankbar für das gemeinsam Erreichte? Die vdek-Landesvertretung Bayern beging ihr 25jähriges Bestehen eher im Sinne des Letzteren – und zwar mit einer Fachtagung, in der der Jubilar die Gelegenheit bekam, an einem konkreten Beispiel deutlich zu machen, wofür er eigentlich da ist und was seine Mitglieder auch in schwierigen Versorgungsbereichen positives bewirken.

Die Entscheidung bezüglich des Tagungsthemas fiel auf Palliative Care. Getragen von der Überzeugung, dass die Gesetzliche Krankenversicherung nur dann eine Existenzberechtigung hat, wenn sie stets den ganzen Menschen in den Blick nimmt. Das heißt, nicht nur den Menschen mit seinem Verlangen nach einem gesunden, selbst erfüllten Leben, seinen Hoffnungen und seinen Visionen, sondern auch den Menschen mit seiner existenziellen Not, seinen Schmerzen und seinen Ängsten.

Die Ersatzkassen organisieren medizinische Versorgung für ihre Versicherten in allen Lebenslagen und Lebensphasen – von der Wiege bis zur Bahre. Zu den relativ neuen Versorgungsformen in Deutschland gehört die Hospiz- und Palliativ-Versorgung, in der es nicht mehr primär, um die Heilung oder die aufwändige Therapierung geht, sondern um Würde, Empathie oder einfach nur schlichte Schmerzlinderung.

## Das Humane soll über dem Machbaren stehen

In unserem, auf technische Machbarkeit, Wirtschaftlichkeit, High Tech und Expertenwissen aufgebauten Gesundheits- und Pflegesystem wird oft vergessen, dass am Ende des Weges nicht das Machbare, das medizinisch-technisch Realisierbare entscheidet, sondern das im eigentlichen Sinne Humane, das Mitfühlende, das die letzten Dinge nicht aus Scham



ALOIS GLÜCK: Ehrenamt ist die Seele der Hospizbewegung.

oder aus Pietät ausblendet, sondern aktiv annimmt, als Teil unseres Lebens und als Teil unserer zeitlich limitierten Existenz auf dieser Welt.

Im Mittelpunkt der Fachtagung stand deshalb ganz bewusst ein Grundsatzvortrag von Alois Glück, dem Präsidenten des Zentralkomitees der deutschen Katholiken und Mitglied im Stiftungsrat der Deutschen Hospiz- und Palliativstiftung. Kaum eine andere Persönlichkeit des politischen Lebens hat die bayerische Politik in den letzten 25 Jahren auf so entscheidende Weise mitgeprägt, wie Alois Glück. Insbesondere sein herausragendes persönliches Engagement für die Palliativ- und Hospizkultur in Bayern hat sich tief im öffentlichen Bewusstsein eingepägt.

## Ehrenamt – Quelle und Fundament von Palliative Care

Die wichtigste Aussage des Vortrages war bereits in seinem Titel formuliert: „Palliative Care – eine große Gemeinschaftsaufgabe“. Alois Glück betonte, dass es einer gemeinsamen Kraftanstrengung der Politik, der Bürgerschaft, der verschiedenen Fachkräfte und der Solidargemeinschaft der Versicherten bedarf, um einen gesicherten Zugang der schwerstkranken und sterbenden Menschen zur palliativmedizinischen Versorgung zu ermöglichen. Die vom Ehrenamt getragene Hospizbewegung bezeichnete Alois Glück als Quelle und Fundament von Palliativ Care. Seine engagierte Botschaft: „Ehrenamtliche sind



FOTO Thorsten Tietze

ULRIKE ELSNER: Mehr Transparenz für Betroffene

keine Notlösung, sondern die Seele der Hospizbewegung. Nur, wenn es vor Ort konkrete ehrenamtliche Initiativen gibt, lassen sich die verschiedenen Formen von Palliative Care in die Fläche bringen“.

Über einen beachtlichen Beitrag der Ersatzkassen zu Aufbau, Finanzierung und Fortentwicklung der hospiz- und palliativmedizinischen Versorgung in Deutschland berichtete Ulrike Elsner, die Vorstandsvorsitzende des vdek. „Wir haben in Deutschland sehr gute, auf die besonderen Bedürfnisse der Versicherten zugeschnittene Versorgungsangebote. Doch den Betroffenen und Angehörigen fehlt oft der Überblick über die vorhandenen Hospiz- und Palliativangebote. Wir werden uns für mehr Transparenz einsetzen“. Sie erinnerte das Auditorium daran, dass die Ersatzkassen bereits Mitte der 90er Jahre stationäre Hospize bezuschusst haben, lange bevor eine gesetzliche Regelung dazu in das Sozialgesetzbuch kam. Es war nicht leicht, weil das Bundesversicherungsamt damals als Aufsichtsbehörde der Ersatzkassen diese Bezuschussung mangels gesetzlicher Grundlage untersagen wollte.

Die politische Aktualität der Fachtagung wurde dadurch unterstrichen, dass der Deutsche Bundestag derzeit an der

Verabschiedung des Hospiz- und Palliativgesetzes arbeitet. Über die Motive und Hintergründe der parlamentarischen Beratungen zu dem vorliegenden Gesetzentwurf berichtete Emmi Zeulner, MdL, die federführend an der Entstehung des Gesetzentwurfs beteiligt war. Mit Blick in die Zukunft machte sie deutlich, dass die angestrebten gesetzlichen Regelungen im Bereich Palliative Care überfällig sind und wie dringend es notwendig ist, diese bedeutende Form der medizinischen Versorgung endlich auf ein gesichertes und festes Fundament zu stellen.

Professor Stefan Lorenzl vom Krankenhaus Agatharied, einer der Pioniere der Palliativmedizin in Bayern, beleuchtete das Thema der Fachtagung aus der Perspektive des Praktikers. Dabei schöpfte er



aus seinem besonderen Erfahrungsschatz als Praxis-Experte der Palliativarbeit und als sachkundiger Kenner der Palliativszene. Professor Lorenzl skizzierte das Erreichte in diesem speziellen Versorgungsbereich und warf einen nachdenkenswert Blick auf die zukünftigen Herausforderungen.

### Anerkennung und Glückwünsche

Der Patienten- und Pflegebeauftragte der Bayerischen Staatsregierung, Hermann Imhof, MdL, der die Grüße der Gesundheitsministerin überbrachte, machte den Veranstaltern Mut und baute die Brücke zwischen Veranstaltungsthema und Geburtstag: „Der Tod schaut auch nicht, ob jemand Geburtstag hat. Wenn man einmal akzeptiert hat, dass jeder einmal sterben muss, sind die

Hospizidee und die Palliativversorgung ein rundum positives, ja geburtstägliches Thema. Sie kümmern sich gemeinsam um ein Leben in Würde bis zuletzt. Und auch das ist ein Grund zur Freude!“

Der Gratulation und den Glückwünschen der Bayerischen Staatsregierung folgten anerkennende Worte auch seitens der Mitglieds-kassen. In ihrem Namen sprach Gerhard Potuschek, stellvertretender Vorsitzender des vdek-Landesausschusses Bayern. Er gratulierte den Mitarbeitern der Landesvertretung zum Jubiläum und dankte ihnen „für die stets konstruktive und kooperative Zusammenarbeit und die hervorragende Koordination und Vertretung der Interessen der Ersatzkassen in Bayern gegenüber Politik und Verbänden“.

Neben den vielen anerkennenden Worten stand am Schluss der Veranstaltung noch ein besonderes Geburtstagsgeschenk, nämlich der anerkennende Applaus von rund 160 geladenen Gästen aus den Reihen der Mitglieds-kassen, der Politik, des Verbandswesens und vielen haupt- und ehrenamtlich Engagierten, die dem Jubilar durch ihr Kommen nicht nur eine besondere Ehre erwiesen, sondern auch eine große Freude bereiteten. ■



FOTO Thorsten Tietze

DR. RALF LANGEJÜRGEN: Wir feiern eine Erfolgsgeschichte

# Ernüchternde Bilanz der neuen Bedarfsplanung

Am 1. Januar 2013 trat die neue Bedarfsplanungsrichtlinie in Kraft und wurde schrittweise in Bayern umgesetzt. Durch ein Bündel von Maßnahmen wird dabei versucht, eine drohende Unterversorgung in ländlichen Regionen zu verhindern. Das Problem der zum Teil dramatischen Überversorgung in Bayern bleibt dagegen weiterhin ungelöst.

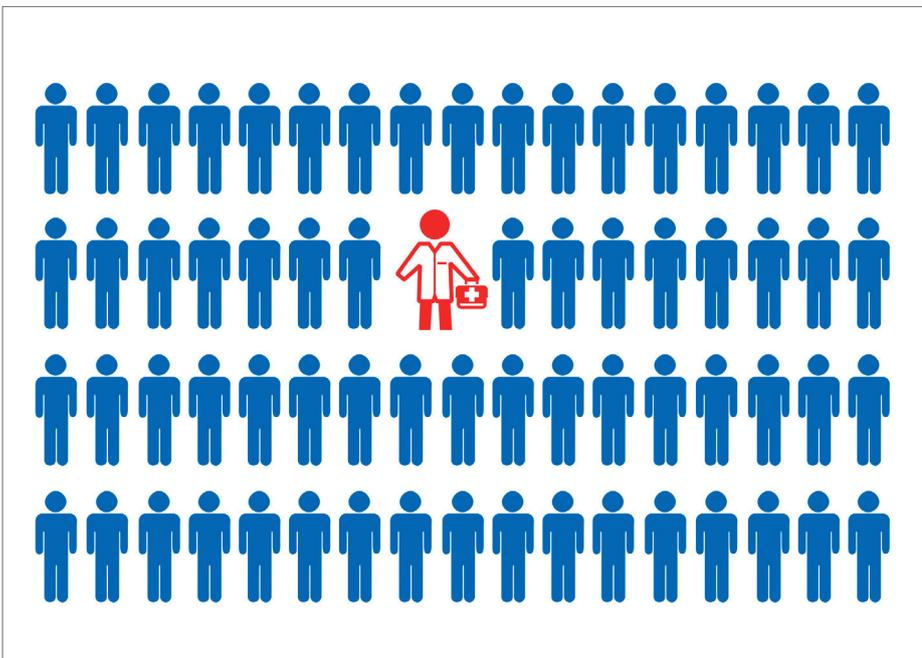


FOTO: Jürgen Fälsche – Fotolia.com

Die neue Bedarfsplanungsrichtlinie hat die räumlichen Einheiten, die zur Beurteilung der Versorgungslage herangezogen werden, teilweise neu zugeschnitten. Bei den Hausärzten sind das die sogenannten Mittelbereiche. In der fachärztlichen Versorgung wurden die Stadt- und Landkreise als Planungsbereiche grundsätzlich beibehalten. Vorgegebene Verhältniszahlen (Arzt zu Einwohner), die für jede Arztgruppe gesondert errechnet werden, dienen als Richtwert zur Beurteilung der aktuellen Versorgung. Für jeden Planungsbereich kann auf Basis dieser Verhältniszahl der Versorgungsgrad festgestellt werden. Liegt der Versorgungsgrad unter 75 Prozent bei den Hausärzten, spricht man von Unterversorgung. Im

Bereich der Fachärzte gilt Unterversorgung bei einem Versorgungsgrad von unter 50 Prozent. Neue Zulassungsmöglichkeiten für Ärzte werden nur in Regionen verteilt, die nicht Überversorgt sind, das heißt dort, wo der Versorgungsgrad unter 110 Prozent liegt.

## Flexible Bemessung der Planungsbereiche

Bei der Aufstellung der Bedarfspläne in den jeweiligen Bundesländern kann von den Vorgaben der Bedarfsplanungsrichtlinie abgewichen werden. Eine veränderte Bemessung der Planungsbereiche oder eine veränderte Festlegung der Verhältniszahlen ist möglich. Bayern macht von der Möglichkeit der abweichenden Raumgliederung seit 2013 Gebrauch. Die

abweichende Handhabung bezieht sich lediglich auf die hausärztliche Bedarfsplanung. Hier wurden bereits 37 von insgesamt 137 Mittelbereiche im Einvernehmen zwischen der Arbeitsgemeinschaft der Krankenkassenverbände in Bayern und der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns (KVB) in kleinräumigere Planungsbereiche geteilt. Damit wird das Ziel verfolgt, eine bedarfsgerechtere hausärztliche Versorgung, insbesondere in ländlichen Regionen zu gewährleisten. Eine Teilung von weiteren Mittelbereichen ist bereits in Planung.

## Zusätzliche Entscheidungskriterien

Bei der seit 2013 durchgeführten gemeinsamen Prüfung auf drohende Unterversorgung und Unterversorgung durch die Arbeitsgemeinschaft der Krankenkassenverbände in Bayern und die KVB wurden neben den Verhältniszahlen weitere Kriterien berücksichtigt. Dazu gehören beispielsweise noch offene Zulassungsanträge in den Zulassungsausschüssen, die aktuelle Einwohnerentwicklung im Planungsbereich sowie die Altersstruktur der Ärzte.

Stellt der Landesausschuss Ärzte/Krankenkassen Unterversorgung oder drohende Unterversorgung in Planungsbereichen fest, hat die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns entsprechende Maßnahmen zu deren Beseitigung zu ergreifen. Zu den Fördermaßnahmen im Rahmen der Sicherstellungsrichtlinie der KVB gehören Niederlassungszuschüsse für Ärzte

oder finanzielle Mittel zur Errichtung einer Zweigpraxis. Darüber hinaus können Ärzte, die älter als 63 Jahre sind, einen Zuschuss zur Praxisfortführung erhalten. In einem gemeinsamen Strukturfonds stellen die Krankenkassenverbände und die Kassenärztliche Vereinigung die zur Sicherstellung erforderlichen Mittel bereit. So flossen mehr als zwei Millionen Euro im Jahr 2014 aus dem Strukturfonds an Ärzte in ländlichen Regionen.

### Minimale punktuelle Unterversorgung

Ein Versorgungsdefizit nach den Kriterien der neuen Bedarfsplanung ist nur in einer sehr geringen Zahl von Planungsbereichen erkennbar. Nur in zwei von insgesamt 211 hausärztlichen Planungsbereichen hat der Landesausschuss Ärzte/Krankenkassen derzeit eine Unterversorgung festgestellt. Das sind Ansbach Nord und Feuchtwangen. Der Mangel in der fachärztlichen Versorgung ist kaum nennenswert. Unterversorgt sind lediglich der Planungsbereich Oberpfalz-Nord mit Kinder- und Jugendpsychiatern, der Landkreis Wunsiedel im Fichtelgebirge mit HNO-Ärzten und der Landkreis Haßberge mit Hautärzten. Als drohend unterversorgt werden momentan nur elf Planungsbereiche eingestuft.

Gleichwohl gibt es Planungsbereiche, in denen die Unterversorgung oder drohende Unterversorgung erfolgreich beseitigt wurde. Etwa im hausärztlichen Planungsbereich Schweinfurt Nord, der 2014 mit 72 Prozent Versorgungsgrad einen Mangel an Hausärzten aufwies. Heute ist hier wieder Regelversorgung festzustellen. Fünf Ärzte erhielten in Schweinfurt Nord einen Zuschuss für die Niederlassung. Ob die finanziellen Anreize für die fünf Niederlassungen in der ländlichen Region dafür ursächlich waren, ist unklar.

Mit der Neufassung der Bedarfsplanungsrichtlinie zum 1. Januar 2013 wurden für die Arztgruppe der Psychotherapeuten in Bayern knapp 300 neue

Zulassungsmöglichkeiten geschaffen und schrittweise besetzt.

### Keine Rede vom Ärztemangel

Die in Teilen Bayerns dramatische Überversorgung konnte auch in den drei Jahren seit der Einführung der neuen Bedarfsplanungsrichtlinie nicht behoben werden. Weiterhin stellt der Landesausschuss Ärzte/Krankenkassen für 105 von 211 hausärztlichen Planungsbereichen Überversorgung (Versorgungsgrad von über 110 Prozent) fest. In diesen Bereichen sind zwar laut Bedarfsplanungsrichtlinie Zulassungsbeschränkungen zu beachten, aber an der grundsätzlichen Ungleichverteilung der Ärzteschaft in Bayern ändert das nichts. Mit aktuell rund 580 Hausärzten, die über der Sperrgrenze von 110 Prozent liegen, kann in den meisten hausärztlichen Planungsbereichen von Ärztemangel keine Rede sein.

Noch frappierender stellt sich die Situation im Bereich der fachärztlichen Versorgung dar. Dort ist die Anzahl der gesperrten Planungsbereiche seit Einführung der neuen Bedarfsplanung 2013 sogar erheblich weiter gestiegen! Beispielsweise waren 2013 bei den Augenärzten von den 79 Planungsbereichen 59 gesperrt. Heute sind es 70! Es gibt weiterhin rund 120 Augenärzte über der Sperrgrenze. Während bei den HNO-Ärzten 2013 lediglich 55 der 79 Planungsbereiche gesperrt waren, sind es derzeit bereits 67! So muss man wahrheitsgemäß feststellen: Ein wirkungsvolles Instrument zum Abbau der Überversorgung wurde mit der Novellierung der Bedarfsplanungsrichtlinie definitiv nicht geschaffen.

### Aufkaufregelung – ein stumpfes Schwert

Die Zulassungsausschüsse sollen mit Inkrafttreten des GKV-Versorgungsstärkungsgesetzes zum 16. Juli 2015 bei einem Versorgungsgrad von über 140

Prozent Anträge auf Nachbesetzung von Arztsitzen ablehnen. Mit dieser Soll-Regelung besteht jedoch weiterhin keine Verpflichtung zum Abbau von Überversorgung oder zum Aufkauf von Arztsitzen durch die Kassenärztlichen Vereinigungen. Die Zulassungsausschüsse können weiterhin aus Versorgungsgründen einer Nachbesetzung zustimmen. Eine Steuerung der Ärzte – aus überversorgten Räumen hinein in strukturschwache Gebiete – wird durch diese gesetzliche Neuregelung verfehlt. So dürfte wohl auch künftig kein einziger Antrag auf Nachbesetzung durch bayerische Zulassungsausschüsse abgelehnt werden.

Mit dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz wird bereits eine weitere Überarbeitung der Bedarfsplanungsrichtlinie in Angriff genommen. Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat mit Wirkung zum 1. Juli 2017 erforderliche Anpassungen für eine bedarfsgerechtere Ver-

**»Mit der neuen Bedarfsplanungsrichtlinie wurde kein wirkungsvolles Instrument zum Abbau der Überversorgung geschaffen.«**

sorgung vorzunehmen. Insbesondere in Bezug auf die Verhältniszahlen sind zukünftig Sozial- und Morbiditätsstrukturen bundesweit in die Planung miteinzu beziehen. Morbiditätsbezogene Faktoren wie Pflegebedürftigkeit und Sterblichkeit sowie sozioökonomische Faktoren – darunter die Einkommensstruktur und Arbeitslosigkeit in der Bevölkerung – führen möglicherweise zu einer genaueren Messung des regionalen Versorgungsbedarfs. Mit dem Auftrag der erneuten Überarbeitung der Bedarfsplanungsrichtlinie wird auch die Möglichkeit einer kleinräumigeren Planung bei Psychotherapeuten durch den G-BA geprüft. ■

BÜCHER

## Wegweiser: Pflegeberatung für Angehörige

Diese Broschüre unterstützt alle, die sich um die Pflege und Betreuung insbesondere älterer Menschen kümmern. Sie stellt eine erste Orientierungshilfe dar und zeigt dem Angehörigen, wo er weitere Beratung und Informationen einholen kann. Themenkreise sind unter anderem Pflegeberatung, Organisation, Leistungen, Krankenhausaufenthalt und Vorsorgeregelungen.



Wolfram Friedel, Cornelia Petz  
Pflege und Betreuung –  
Eine Orientierungshilfe für  
Angehörige  
2014, 56 S., € 4,90. Verlag C. H.  
Beck, München

## Ratgeber: Rente und Altersvorsorge

Mit ihren verständlich geschriebenen Kapiteln bringen die Autoren Licht ins Dunkel des komplizierten wirtschaftlichen Themas Rente und Fürsorge und erklären die wichtigsten Dinge, über die heutzutage auch ein nicht studierter Ökonom informiert sein sollte. Sie kombinieren Aspekte der Psyche mit der wirtschaftlichen Vorsorge im Alter und geben Antworten zu damit verbundenen Fragen. Der Ratgeber bietet eine übersichtliche Darstellung der Thematik und praktische Tipps zu psychologischen und wirtschaftlichen Maßnahmen.



Christian Hentschel,  
Matthias Bettermann  
Alt – Krank – Blank? Worauf es  
im Alter wirklich ankommt  
2015, 205 S., € 14,99. Springer-  
Verlag, Berlin, Heidelberg

GESUNDHEITSTAG

## Gesundheit und Stressbewältigung am Arbeitsplatz



FOTO vdek

Im Rahmen des Projekts Gesunder Verband hat die vdek-Landesvertretung Bayern einen Gesundheitstag durchgeführt. Nach einem einführenden Kurzseminar zum Thema Stressbewältigung am Arbeitsplatz, mit interessanten Tipps zum Stressabbau und konkreten, einfach zu erlernenden Übungsbeispielen, absolvierten die Teilnehmer(innen) einen abwechslungsreichen Gesundheits-Parcours, der sich durch die Büroräume der Landesvertretung zog und mit einer ausgewählten Folge von Einzelübungen angefüllt war. Kriterien bei der Auswahl der Übungen waren: angemessene sportliche Betätigung mit dem Schwerpunkt auf Konzentrationsübungen sowie die Beanspruchung unterschiedlicher Muskelpartien, stets rückengerecht und gelenkschonend. Die Übungen waren so konzipiert, dass sie alle im Haus stattfinden konnten und nur eine begrenzte Zahl an Hilfsmitteln oder Geräten eingesetzt werden musste. Um den Wettbewerbscharakter ins Spiel zu bringen, gab es Leistungsvorgaben und ein Punktesystem. Ein besonderes Highlight im Rahmen des Parcours war eine kompakte Yoga-Stunde. Aus Sicht der Organisatoren und der Teilnehmer war der Gesundheitstag ein voller Erfolg.

2016

## Jahr der Umsetzung



FOTO Vjorn - Fotolia.com

**W**enn 2015 das Jahr der Gesetzgebung war, dann dürfte 2016 das Jahr der Umsetzung sein. Ob diese genauso reibungslos verläuft, wie das parlamentarische Verfahren, ist mehr als fraglich. Insbesondere weil viele gesetzliche Neuregelungen derart massive Kostenfolgen zeitigen werden, dass schon jetzt eine gewaltige Belastungsprobe für die Versichertengemeinschaft in 2016ff. absehbar ist. Vor allem das schwer verunglückte Krankenhausstrukturgesetz dürfte kostenmäßig eklatante Folgen nach sich ziehen. Die Ersatzkassen in Bayern und ihr Verband werden sich weiterhin vehement für die Interessen ihrer Versicherten einsetzen und dabei auch im kommenden Jahr auf eine gute Zusammenarbeit mit den vielen Partnern aus Politik und Verbänden bauen. Wir wünschen unseren Leserinnen und Lesern ein erfolgreiches Jahr 2016, gute Gesundheit und viel Glück!

IMPRESSUM

**Herausgeber**  
Landesvertretung Bayern des vdek  
Arnulfstr. 201 a, 80634 München  
**Telefon** 0 89 / 55 25 51-0  
**Telefax** 0 89 / 55 25 51-14  
**E-Mail** LV-Bayern@vdek.com  
**Redaktion** Dr. Sergej Saizew  
**Verantwortlich** Dr. Ralf Langejürgen  
**Druck** Lausitzer Druckhaus GmbH  
**Konzept** ressourcenmangel GmbH  
**Grafik** schön und middelhaufe  
**ISSN-Nummer** 2193-4045